

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST OPERADOS  
DE TORACOTOMÍA EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA Y  
CIRUGÍA DE TÓRAX DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL – 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

**JANET ELIZABET FIGUEROA LUCERO**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Janet', is located to the right of the author's name.

**Callao, 2017**

**PERÚ**

## **HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO**

### **MIEMBROS DEL JURADO:**

- MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA                      PRESIDENTA
- MG. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA                                SECRETARIA
- DRA. TERESA ANGÉLICA VARGAS PALOMINO    VOCAL

**ASESORA: MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ**

Nº de Libro: 03

Nº de Acta de Sustentación: 367-2017

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 26/10/2017

Resolución Decanato N° 2729-2017-D/FCS de fecha 23 de Octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	10
2.3 Definición de Términos	30
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	32
3.1 Recolección de Datos	32
3.2 Experiencia Profesional	32
3.3 Procesos Realizados del Informe	38
<b>IV. RESULTADOS</b>	41
<b>V. CONCLUSIONES</b>	45
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	46
<b>VII. REFERENCIALES</b>	47
<b>ANEXOS</b>	50

## INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia laboral profesional describe las experiencias en el Hospital Militar Central "Crl. Luis Arias Schreiber" en la Unidad de Hospitalización de Neumología y Cirugía de Tórax atiende a la población militar en actividad y en retiro y a su familia militar y personal administrativo, actualmente el hospital cuenta con 6 Departamentos distribuidos por servicios y unidades de hospitalización, pertenecientes al Ministerio de Defensa.

En la etapa posquirúrgica 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 posibles complicaciones potenciales y su tratamiento oportuno, incluyendo la atención a sus familiares, sin olvidar otorgar la atención al paciente con capacidad, seguridad y calidez. El cuidado de enfermería se fundamenta en las interacciones que establecen el paciente y el equipo de enfermería en diferentes escenarios; en este caso, en el "período post operatorio mediato.

Es por todo ello el presente informe laboral en la Unidad de Neumología y Cirugía de Tórax del Hospital Militar Central tiene como objetivo describir los Cuidados de Enfermería a Pacientes Pos operados de Toracotomía en el servicio de Cirugía de Tórax y Neumología y así contribuir al mejoramiento de la calidad del cuidado del paciente.

El informe está estructurado para su mejor comprensión en siete capítulos: En el Capítulo I Planteamiento del problema que comprende la descripción de la situación problemática, los objetivos y la justificación. El Capítulo II Marco teórico donde se presentan los antecedentes relacionados a la problemática analizada, así como el marco conceptual y la definición de términos. En el Capítulo III Experiencia Profesional que

contiene en primer lugar la recolección de datos, la experiencia profesional donde se describen las actividades que desarrolle dentro de dichas prácticas y los procesos realizados en el tema del informe. El Capítulo IV comprende los Resultados. En el Capítulo V se presentan las Conclusiones. Seguidamente en el Capítulo VI las Recomendaciones y en el Capítulo VII las Referenciales.

Finalmente, los anexos demuestran evidencias de las intervenciones de enfermería en el Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax del Hospital Militar Central.

# **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## **1.1 Descripción de la Situación Problemática**

La toracotomía, es una técnica quirúrgica que se ha extendido considerablemente en los últimos años, y que se incluye en la actualidad dentro de los protocolos de reanimación cardio-pulmonar avanzada. A pesar de su contrastada utilidad en pacientes con heridas cardiacas penetrantes, en ocasiones no se utiliza por desconocimiento de la técnica, o de sus indicaciones. En la actualidad, el aumento de las lesiones torácicas por violencia, accidentes de tráfico, atropellos, o suicidios, y los avances en los sistemas de atención extrahospitalaria, han despertado nuevamente interés sobre esta técnica (1).

En octubre de 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en respuesta a la Resolución 55.18 de la Asamblea Mundial de la Salud, en la que se instaba a la OMS y a los Estados Miembros, a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad de los pacientes. La Alianza promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención, y apoya a los Estados Miembros en la formulación de políticas y prácticas para la seguridad de los pacientes (3).

Consecuente con ello, el Ministerio de Salud, junto a las más importantes organizaciones proveedoras de atención de salud del país, viene desplegando valiosas iniciativas destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud desde la década pasada.

El Colegio de Enfermeros del Perú mediante el reglamento de la Ley del Trabajo del Enfermero Peruano ley N° 27669, menciona en el Capítulo I, artículo 4° que: "El cuidado integral de enfermería es el

servicio que la enfermera (o) brinda a la persona en todas las etapas de la vida, desde la concepción hasta la muerte, incluyendo los procesos de salud-enfermedad, implementando el método científico a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que garantiza la calidad del cuidado profesional. El cuidado integral de enfermería constituye el fundamento del ejercicio de la profesión en las diferentes áreas de la especialidad. Se basa en el juicio crítico y ponderado de la enfermera (o) así como en la toma de decisiones que competen a su labor, por lo cual asume plena responsabilidad por los efectos y consecuencias por los efectos y consecuencias que de ellas.

En el Hospital Militar Central la Unidad de Hospitalización C-4-2 Neumología y Cirugía de Tórax, durante el año 2016 se hospitalizaron 194 pacientes siendo intervenidos 48, los diagnósticos más comunes fueron: tuberculosis, epoc y fibrosis pulmonar. La unidad de hospitalización neumología y cirugía de tórax brinda atención al personal de tropa subalterno, oficiales y familia militar. En relación al recurso humano el personal de licenciadas tiene experiencia laboral en el área, pero no cuentan con grado de especialistas.

Sin embargo, a lo largo de mi experiencia laboral trabajando en esta área me ha permitido identificar ciertas debilidades, hay déficit de personal técnico ,la enfermera asume la responsabilidad inherente a las intervenciones de enfermería y algunas licenciadas no aplican guías de intervenciones, no cuentan con planes de cuidados estandarizados. Es necesario reconocer que la producción basada en guías de intervención, evidencia una base fundamental para la calidad de la práctica de enfermería profesional.

Al mismo tiempo se viene observando un riesgo en la salud del paciente ya que nuestro hospital no cuenta con sistemas modernos de drenajes torácicos, aun se continúa usando frascos de vidrio, que si bien es cierto se cumple con el fin terapéutico, muchos de los pacientes limitan su actividad por temor “a romper el frasco”, potenciándose las posibles complicaciones.

El personal de enfermería a pesar de su experiencia y por factores externos como déficit de recurso humano, descuidan la educación pre y post operatoria al paciente y además hay un uso incorrecto de los registros de enfermería alterándose así la comunicación como equipo,

## **1.2 Objetivo**

Describir el informe de experiencia laboral profesional en los cuidados de enfermería en pacientes pos operados de toracotomía en el servicio de neumología y cirugía de tórax del Hospital Militar Central-2016.

## **1.3 Justificación**

Una toracotomía es un tipo de cirugía que se puede realizar cuando hay una enfermedad pulmonar, la misma permite además de los pulmones, acceder al esófago, la tráquea, la aorta, el corazón y el diafragma. Se puede realizar del lado derecho o izquierdo del pecho o una toracotomía pequeña en el centro del pecho.

Es por ello que el presente informe tiene como finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería en pacientes post operados de toracotomía, labor fundamental en la atención integral del paciente. Se realizó en el Hospital Militar Central en el año 2016, para brindar en forma oportuna cuidados de enfermería que identifiquen posibles complicaciones que pueda presentar el paciente.



Es de suma importancia que las enfermeras puedan evidenciar su contribución profesional a la atención del individuo desarrollando investigaciones con base científica para mejorar los fundamentos de la práctica clínica.

Asimismo, servirá como referencia bibliográfica para la realización de futuros trabajos sobre el tema, ya que en la actualidad no se encuentra una investigación similar quienes serán beneficiados los pacientes, la comunidad y la institución.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

CAMPOS-RUBIO Lucy, CHICO-RUIZ Julio, CERNA-REBAZA Lisi en su investigación Calidad del Cuidado de Enfermería en la Seguridad Integral del Paciente Quirúrgico del Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo– 2014. Concluye que se seleccionó como población a 30 enfermeras especialistas del centro quirúrgico y de la unidad de recuperación post-anestesia del Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo. La experiencia tuvo un enfoque cuantitativo, no experimental con diseño descriptivo empleando la técnica de observación directa; como instrumento se usó la ficha de observación, con los datos obtenidos se aplicó la estadística descriptiva. Los resultados fueron los siguientes: En la fase preoperatoria el nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente es solo 37%, en la fase transoperatoria que el nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente es solo 63%, en la fase postoperatoria el nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente es solo 70%. Se concluye que el promedio de la fase Perioperatoria es 57% de nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico (6).

ANAYA ORTIZ Bibiana, LUNA MARÍA Camila, RUEDA BAUTISTA Clara, en su investigación Rol de enfermería en las complicaciones del adulto con traumatismo de tórax en los últimos años. Colombia-2017. Refiere que enfermería como una profesión noble y entregada a sus pacientes estará siempre involucrada y vinculada a la conservación y preservación de la salud en las personas que

sufren un desequilibrio de la misma. Según la OMS enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal (7).

CHABLAY HINOJOSA Ángela Karina, DÍAZ BARRIOS Nancy Viviana, ROSAS SANTANA Andrea, en su investigación Protocolo de cuidados de Enfermería a pacientes con tubo de tórax en la facultad de Enfermería Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia- 2014. El presente trabajo tuvo por objetivo desarrollar un protocolo de cuidado de enfermería para los pacientes con tubo de tórax, dirigido a los estudiantes de enfermería principalmente, aunque puede ser de utilidad también para los profesionales en la práctica clínica. Se desarrolló un protocolo de cuidado interactivo y un video sustentado en la teoría de los cuidados de Kristen Swanson. Se lograron establecer las intervenciones de enfermería fundamentadas en la evidencia científica disponible, apoyándose en ayudas pedagógicas de fácil entendimiento, para que sean estudiadas y puestas en práctica por los estudiantes de enfermería de la universidad Nacional de Colombia. Se parte de la premisa de que es necesario adaptarlas según la valoración e identificación de necesidades de cada paciente en los tres momentos que incluyo el protocolo el antes, el durante y el después de la colocación del tubo de tórax (8).

LAURA RAMOS Eva. En su investigación Satisfacción del Paciente Pos-Operado con el Cuidado del Profesional de Enfermería del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado – 2016” concluye que la investigación fue realizada con una muestra constituida por 55

pacientes pos-operados del servicio de cirugía, aplicándose un diseño descriptivo simple. En la recolección de datos se utilizó el cuestionario tipo escala Likert con 25 ítems (ponderación de 0 a 4 puntos). Se encontró en la dimensión técnico-científica, que el 72,7% de los pacientes pos-operados están satisfechos, seguido de un 23,6% están medianamente satisfechos y el 3,6% están muy satisfechos. En la dimensión humana el 56,4% están satisfechos, el 25,5% están muy satisfechos, seguido del 16,4% están medianamente satisfechos y el 1,8% están insatisfechos con el cuidado que brinda la enfermera. En la dimensión entorno se halló que el 65,5% de los pacientes post operados están satisfechos, el 18,2% están medianamente satisfechos y el 16,4% están muy satisfechos. La enfermera logra un nivel de satisfacción en los pacientes; mas no logra una satisfacción excelente (muy satisfecho) (9).

## **2.2 Marco Conceptual**

### **Toracotomía**

La cirugía torácica es una especialidad moderna cuyo desarrollo se ha producido a lo largo del siglo XX, si bien tiene antecedentes en el siglo XIX. El desarrollo de las técnicas anestésicas permitió un importante avance a partir de la mitad del siglo XX que, en la actualidad, se ha potenciado con la mayor prevalencia de enfermedades pulmonares, el gran impacto del cáncer de pulmón y el desarrollo de las técnicas quirúrgicas de la especialidad, en especial del trasplante pulmonar y la video toracoscopia.

La AMERICAN PEDIATRIC SURGICAL NURSES ASSOCIATION INC. define la toracotomía, como "una incisión que se hace en el pecho" (10).

Según MALAGÓN y LONDOÑO, la toracotomía es un procedimiento que debe ser realizado siempre por un cirujano general o de tórax. Este especialista define en dónde la realiza y el momento de hacerla, que han sido puntos de controversia. La nomenclatura es confusa porque en algunas clasificaciones la referencia es el lugar, en otras es el momento (tiempo) y finalmente, otras consideran las razones.

La referencia más sencilla es en función a la indicación; las toracotomías por trauma pueden ser resucitativas o no resucitativas. Las indicaciones de toracotomía resucitativa son paro cardíaco por trauma, taponamiento cardíaco por hemopericarpio masivo, hemotórax masivo y lesiones de la vía aérea con embolismo aéreo (11).

La especialidad es de ámbito hospitalario y de referencia y está íntimamente unida a la Neumología con la que comparte numerosas tareas comunes. El estudio preoperatorio de los enfermos que van a ser tratados quirúrgicamente es el principal de los apartados en los que neumólogos y cirujanos torácicos tienen que coordinar sus actuaciones. Una de las funciones de la cirugía torácica es la realización de numerosas exploraciones complementarias para el estudio de determinadas enfermedades con afectación pleural y mediastínica. En este sentido es una especialidad de clara finalidad diagnóstica. Con intención puramente terapéutica se realizan numerosas intervenciones quirúrgicas de resección pulmonar mayor y menor para tratamiento del cáncer de pulmón y otro tipo de enfermedades pulmonares. Otras especialidades con las que se relaciona son la anestesiología, que se encarga del control perioperatorio de los enfermos. La Medicina Intensiva, Medicina Interna, Cirugía General y Traumatología son otras disciplinas que tienen conexiones con la

cirugía torácica. Unas se relacionan por la proximidad anatómica de las regiones que tratan (cuello, esófago) y otras por la necesidad de diagnósticos y tratamientos por parte de la cirugía torácica. Como en todas las especialidades quirúrgicas, existen tres estadios: el periodo preoperatorio, el perioperatorio y el postoperatorio.

### **El estudio preoperatorio en cirugía torácica**

En cualquier especialidad quirúrgica se deben ponderar los riesgos de las intervenciones a realizar. La valoración previa es muy importante en cirugía torácica por la especial relevancia que tienen las resecciones pulmonares mayores y las resecciones traqueales. La edad, a veces avanzada, y los antecedentes patológicos de los enfermos, en muchas ocasiones afectos de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y de otras enfermedades crónicas, son también aspectos de gran interés en la valoración quirúrgica (12).

### **Operabilidad.**

Se define como la capacidad de intervenir al enfermo tanto con criterios generales (buena tolerancia a la cirugía desde el punto de vista respiratorio y general). Como ejemplo, un enfermo es inoperable cuando no toleraría la intervención por una insuficiencia respiratoria, cardíaca o hepática.

### **Resecabilidad.**

Es un concepto quirúrgico que hace referencia a que el tumor podrá ser extirpado en su totalidad y con márgenes libres. Un tumor se considera irresecable cuando invade estructuras que impiden la resección. Por ejemplo, cuando en un cáncer de pulmón

existe invasión cardiaca, esofágica o traqueal o presencia de metástasis múltiples a distancia.

### **Valoración de la operabilidad**

La valoración de la operabilidad general requiere un completo estudio del enfermo por lo que respecta a su estado nutricional, función respiratoria, función cardiaca y la de otros órganos que pueden interferir gravemente en el periodo postoperatorio como el riñón o el hígado. El estado general del enfermo tiene especial relevancia, utilizándose escalas de evaluación para evitar errores subjetivos. La valoración más habitual es la conocida como índice de Karnofsky que se comentara en el capítulo del cáncer de pulmón. Una vez realizado el estudio preoperatorio, vendrá el periodo en el que se debe preparar al enfermo para la intervención quirúrgica. Se procurarán corregir los problemas hallados, lo que en ocasiones puede ser muy difícil (12).

El tratamiento de déficits nutricionales exige un cierto tiempo y un programa de nutrición adecuado. Los enfermos con riesgo cardiaco elevado deberán ser tratados y, en ocasiones, se deberá esperar unos meses para efectuar la cirugía. Lo mismo sucede con enfermos con deterioro del estado general. Desde el punto de vista respiratorio puede ser muy importante la utilización de tratamiento broncodilatador y, sobre todo, un buen programa de fisioterapia respiratoria que permita al enfermo mejorar la movilización de secreciones y su capacidad respiratoria. Su uso debe ser sistemático cuando se va a afrontar cualquier intervención quirúrgica pulmonar. El cirujano debe tener siempre presente un esquema de la intervención que va a llevar a cabo y que podrá variar en función de los hallazgos operatorios. La información al enfermo y a la familia es un aspecto en el que se debe profundizar,

siempre teniendo en cuenta que lo que se les dice es su referencia y, por lo tanto, hay que utilizar el tiempo suficiente, así como extremar la humanidad y comprensión para con ellos. Debe informarse adecuadamente acerca de los estudios que se han realizado, la intervención que se llevará a cabo con sus posibles complicaciones y pronóstico de la enfermedad. Es, hoy en día, imprescindible que el enfermo firme un consentimiento informado de la operación que se va a realizar (12).

### **Anestesia en cirugía torácica**

En este apartado cabe únicamente reseñar la gran importancia que han adquirido las técnicas de anestesia en cirugía torácica. Para evitar que el pulmón que se está operando esté en movimiento e insuflado, lo que dificulta su manipulación, se utiliza la intubación que se denomina selectiva. La ventilación del enfermo se hace a través de un tubo de doble luz, que permite ventilar solo el pulmón que no se está interviniendo, mientras que el que se interviene está colapsado e inmóvil. Este tipo de técnica es imprescindible para poder intervenir a través de video toracoscopia y en la inmensa mayoría de las intervenciones torácicas. Tiene, también, un interés importante la analgesia postoperatoria, sobre todo la técnica de la analgesia peridural y la denominada analgesia controlada por el paciente (13).

### **Técnicas instrumentales en cirugía torácica**

Constituye uno de los apartados de mayor importancia y que genera mayor actividad en cirugía torácica. Tanto la importancia intrínseca de la endoscopia como el auge adquirido por la denominada cirugía mínimamente invasiva han hecho crecer el interés por las técnicas instrumentales (13).



## **Broncoscopia.**

La denominada broncoscopia flexible es del ámbito de la neumología. Tiene un papel determinante en el estudio del cáncer de pulmón. La broncoscopia rígida, que fue el primer tipo de broncoscopia que se utilizó, se lleva a cabo fundamentalmente con finalidad terapéutica y debe realizarse con anestesia general. Se trata de un tubo metálico que se introduce por boca, con el cuello en extensión máxima y bajo anestesia general. La parte distal del broncoscopio puede llegar hasta los bronquios principales. A través del broncoscopio rígido se pueden introducir: ópticas, pinzas de biopsia, cánulas de aspiración y sondas terapéuticas para láser u otras técnicas. La terapéutica con láser es muy utilizada en el tratamiento paliativo de las estenosis traqueobronquiales malignas sin posibilidad de cirugía y para el tratamiento curativo de algunas de las benignas. Este tipo de técnica, tiene la ventaja de que permite permeabilizar la vía aérea vaporizando el tumor y resecándolo de forma paliativa con pinzas y con el mismo tubo rígido del broncoscopio. Está especialmente indicado en los casos de crecimiento endoluminal. La aplicación de prótesis endotraqueales o endobronquiales, especialmente diseñadas para tratar las estenosis por compresión extrínseca de la vía aérea y como complemento del láser en algunas estenosis intrínsecas, es otra posibilidad que ofrece la broncoscopia rígida. En muchos casos hay un componente de la estenosis tanto intrínseco como extrínseco lo que hace aconsejable combinar el láser y las prótesis. También se utiliza la broncoscopia rígida para la extracción de cuerpos extraños y, con menor frecuencia, en cuadros de hemoptisis masivas (14).

## **Toracoscopia**

La técnica clásica de la toracoscopia se lleva a cabo con anestesia local y sedación. A través de un espacio intercostal se introduce en la cavidad pleural un tubo metálico (toracoscopio). A través de éste se puede acceder a la pleura, pulmón y otras estructuras de la cavidad torácica con diversos dispositivos. Además, se pueden efectuar diversas maniobras como la aspiración de líquido y la instilación de sustancias. Estas últimas se suelen usar para provocar la sínfisis pleural en los derrames pleurales recidivantes, por lo general de naturaleza maligna y en algunos casos de neumotórax recidivante. Suele administrarse el talco y en menor medida las tetraciclinas. Como una adaptación de esta técnica, en la década de 1990 se desarrolló la videotoracoscopia. Se lleva a cabo a través de varias incisiones pequeñas, de unos 2 cm cada una, que según las necesidades suelen ser de 2 a 5, la mayoría de las veces se utilizan 3 incisiones. A través de una de ellas se utiliza la óptica y por el resto se introduce el material para trabajar (pinzas, endograpadoras-cortadoras, tijeras, etc.). A veces se complementa con una pequeña toracotomía de asistencia de unos 4 cm. Se usa mucho para la cirugía del neumotórax espontáneo primario, biopsias pulmonares quirúrgicas, resección de nódulos, biopsias de tumores mediastínicos, de una videotoracoscopia con las tres incisiones habituales de pleura y columna, simpatectomías y drenaje de empiemas y hemotórax coagulados. También tiene utilidad en la resección de algunos tumores y quistes del mediastino, timectomías y resecciones pulmonares (15).

## **Mediastinoscopia y mediastinotomía anterior.**

Es una técnica cuya indicación principal es el estudio de las enfermedades mediastínicas neoplásicas y sobre todo la

estadificación del cáncer de pulmón. Se realiza con anestesia general, a través de una cervicotomía transversa disecando la musculatura y fascia pretraqueal. Permite explorar las cadenas ganglionares mediastínicas paratraqueales, pretraqueales, precarinales y subcarinales. No puede acceder a las porciones más anteriores del mediastino ni a las porciones inferiores del espacio subcarinal, ligamento pulmonar inferior y espacio paraesofágico. Las adenopatías que aparecen a nivel prevascular, en los espacios para y subaórtico, (ventana aortopulmonar) pueden ser estudiadas por la mediastinotomía anterior que se realiza mediante una incisión paraesternal, generalmente en el hemitórax izquierdo. Ésta y la mediastinoscopia pueden llevarse a cabo de forma combinada en casos en los que exista la sospecha de enfermedad a ambos niveles (15).

### **Control postoperatorio en cirugía torácica**

Es un periodo de especial trascendencia para lograr buenos resultados finales, por lo que resulta muy importante extremar los cuidados postoperatorios, especialmente en las resecciones pulmonares y en los enfermos de riesgo operatorio elevado.

intervenciones más frecuentes. Se realiza una resección en bloque de arcos costales, músculos e incluso piel en los tumores primarios y una exéresis conjunta con el pulmón en el cáncer de pulmón. Ambos tipos de resección se denominan parietectomía. La cobertura de los defectos de la pared que se crean con éstas y otras intervenciones se efectúa con plastias musculares o de epiplón y con material sintético (mallas), para sustituir la pared costal. La denominada toracostomía se realiza para drenar cavidades torácicas que no pueden ser ocupadas por el pulmón. Pueden ser secundarias a procesos tuberculosos antiguos,

empiemas complicados y en empiemas postneumonecromía. Se debe extirpar un fragmento de pared torácica que incluye arcos costales y partes blandas a fin de crear una «ventana» que permita la cicatrización por segunda intención y una ulterior cobertura de la cavidad resultante con plastias musculares. Las intervenciones sobre el diafragma son muy raras debida a la escasa incidencia de tumores de este músculo. Son, por lo general, extensiones por contigüidad de carcinomas broncogénicos o de otras neoplasias torácicas y que pueden requerir la extirpación de un fragmento de diafragma y su reparación con una malla sintética. En casos de eventraciones o parálisis diafragmáticas puede ser necesaria una aplicatura del mismo (15).

### **Intervenciones en los traumatismos torácicos**

Generalmente se trata de hemorragias agudas pleurales (hemotórax), por traumatismo sobre el pulmón, algún vaso sanguíneo o incluso el corazón. A veces puede provocarlo el impacto de un fragmento costal roto. También puede indicar la cirugía la presencia de unas fugas aéreas importantes (fistula bronco pleural), que pueden ser por rotura del pulmón o del árbol traqueo bronquial. En este último caso las fugas aéreas suelen ser de gran magnitud. Poco frecuente es la indicación de cirugía para osteosíntesis costal, lo que suele llevarse a cabo cuando existe una importante rotura costal con respiración paradójica que obliga a la ventilación asistida. También es necesario intervenir de forma urgente las roturas diafragmáticas y las esofágicas.

### **Control postoperatorio en cirugía torácica**

Es un periodo de especial trascendencia para lograr buenos resultados finales, por lo que resulta muy importante extremar los

cuidados postoperatorios, especialmente en las resecciones pulmonares y en los enfermos de riesgo operatorio elevado.

### **Control de la función ventilatoria.**

Es recomendable extubar al enfermo en el propio quirófano, una vez finalizada la intervención quirúrgica. Ello es especialmente importante en las resecciones pulmonares y en particular en las neumonectomías. En ocasiones, es necesario mantener al enfermo intubado y ventilado, siempre teniendo en cuenta el principio antes expuesto. El mayor riesgo de complicaciones respiratorias y fallo de sutura bronquial que provoca una intubación prolongada está bien establecido y es, por tanto, una circunstancia a tener en cuenta. Una vez en la planta de hospitalización convencional es también importante mantener la fisioterapia respiratoria hasta que el enfermo sea dado de alta hospitalaria. Es trascendental el entrenamiento para realizar movimientos respiratorios adecuados y movilizar las secreciones respiratorias. La oxigenoterapia puede ser necesaria, sobre todo en los primeros días del periodo postoperatorio. Su control se establecerá con la situación clínica del enfermo y con estudios gasométricos seriados. Es también muy importante establecer una correcta profilaxis del trombo embolismo pulmonar lo que se realiza con heparinas de bajo peso molecular en intervenciones de enfermos neoplásicos, traumáticos graves y de gran magnitud (15).

### **Control de la función cardíaca.**

Debe atenderse sobre todo a la posible aparición de arritmias postoperatorias lo que es más frecuente en las neumonectomías y, más aún, en las derechas e intrapericárdicas. La insuficiencia cardíaca y la presencia de un infarto agudo de miocardio

postoperatorio son situaciones temibles que deben preverse en enfermos de riesgo elevado. Control del dolor postoperatorio. Es uno de los aspectos más importantes. Su mal control da lugar a hipoventilación y complicaciones como la retención de secreciones, atelectasias, infecciones respiratorias y arritmias cardíacas. Destaca como básica la analgesia peridural con cloruro mórfico o anestésicos locales a través de un catéter que se coloca en el espacio peridural. La denominada «analgesia controlada por el paciente» administra el fármaco, a través de una bomba perfusora y el mismo enfermo tiene acceso, pulsando un botón, a dosis extras de analgesia en función del dolor que tenga.

#### **Profilaxis antibiótica.**

Se suele realizar, aunque no está bien demostrado que realmente disminuya las complicaciones infecciosas. Suele administrarse amoxicilina-clavulánico, una cefalosporina o eritromicina en las resecciones pulmonares, sobre todo. La profilaxis se inicia en la inducción anestésica y se prologa durante 24 horas.

#### **Complicaciones postoperatorias.**

Pueden ser muy numerosas. Algunas de ellas son específicas de este tipo de cirugía y otras son comunes a otras intervenciones. Entre las primeras se encuentran las siguientes:

##### **Hemotórax postoperatorio**

Se produce por rotura de un vaso sanguíneo torácico más o menos importante. Si la hemorragia es cuantiosa, más de unos 200 ml/hora durante 3 horas, suele estar indicada la re intervención. Esta complicación entorpece enormemente el manejo

postoperatorio del enfermo y facilita la aparición de otras complicaciones como la infección pulmonar o pleural.

### **Empiema postoperatorio**

Consiste en la infección del espacio pleural que se puede producir como consecuencia de acúmulo de sangre en el mismo que se sobre infecta o la existencia de un espacio pleural que no rellena el pulmón, cámara pleural. Debe realizarse un buen drenaje del espacio pleural infectado y cobertura antibiótica de amplio espectro. Caso especial es el empiema postneumonectomía que se puede acompañar de una fistula bronco pleural y que es una complicación muy grave que se produce cuando falla la sutura bronquial en una neumonectomía. En otras ocasiones, el empiema postneumonectomia ocurre sin fistula bronco pleural, por contaminación intraoperatoria. En estos casos se debe realizar un drenaje pleural y una ulterior intervención de toracostomía para dejar la cámara pleural libre de infección y facilitar su cierre por segunda intención. El cierre definitivo del tórax exige, casi siempre, el uso de plastias musculares.

### **Fistula bronco pleural postoperatoria**

Se produce cuando existe una fuga aérea pulmonar que puede ser de mayor o menor tamaño lo que tendrá implicaciones en el tratamiento a realizar. En general debe tratarse manteniendo el drenaje pleural. Solo se intervienen aquellos casos de una fuga aérea de gran débito o cuando se mantiene durante unos 15 días y no cede.

## **Retención de secreciones y atelectasia**

Aunque es una complicación común a otros tipos de cirugía, es más frecuente en cirugía torácica. Se produce un acúmulo de secreciones pulmonares que da lugar a imágenes algodonosas en la radiografía simple de tórax e incluso un hemitórax opaco. Debe tratarse extremando la fisioterapia respiratoria e incluso con broncoscopia.

## **Otras complicaciones**

Entre las complicaciones comunes a otros tipos de cirugía se pueden citar la distensión gástrica, íleo paralítico, infecciones urinarias, complicaciones de los catéteres peridurales, tromboflebitis, neumonías e infecciones de la herida postoperatoria(15).

## **Cuidado**

En el año 2006, Miguel Martínez abordó el estudio del desarrollo del conocimiento, sobre todo de las ciencias sociales, haciendo un análisis de la relación entre la ciencia y el arte como componentes indispensables para llegar a la construcción del conocimiento de una manera multidimensional, en cuanto que las ciencias sociales pretenden visualizar la realidad de los seres humanos en interacción. Así, mientras a través de la ciencia se recorren caminos que permiten al científico captar y expresar la estructura de la realidad, a través de la construcción del arte el “artista” recorre caminos que le permiten la interpretación de la esencia de esa misma realidad a partir de su propia concepción del mundo, siendo este proceso altamente sensible a la complejidad de la vida humana. El marco de este escrito es una revisión de la evolución del arte como componente del cuidado de enfermería y de la



identificación de este: el cuidado de enfermería como foco de la responsabilidad social de la enfermera. Con frecuencia en la literatura y diferentes foros de los profesionales de enfermería se identifica a esta disciplina como una ciencia y un arte; ciencia por el conocimiento teórico conceptual surgido de la investigación y arte por la necesidad de las enfermeras de sensibilizarse a la experiencia humana tanto de las personas que cuida como de ella misma al momento de interrelacionarse (16).

Para el grupo de cuidado de la Facultad de Enfermería de Colombia (2002), la ciencia de la enfermería ha sido construida por la riqueza del conocimiento teórico conceptual y la investigación de la enfermería, conjugada con la práctica en sus diferentes espacios, mientras que el arte se construye a partir de la capacidad de las enfermeras para establecer vínculos significativos, determinar el curso apropiado de la acción y conducir la práctica dando sentido a lo cotidiano y buscando el crecimiento de los seres humanos. El cambio para conceptualizar el conocimiento de enfermería como eminentemente científico se remonta a la decena de 1950, tomando mayor fuerza en 1960, con el surgimiento de las grandes teorías de enfermería en las que se definen el dominio, enfoques y límites de la disciplina, llegando a diferenciar el cuidado de enfermería del que brindan otras áreas de la salud. Actualmente hablar del cuidado nos lleva inmediatamente a pensar en este concepto como el eje de la profesión de enfermería. Sin embargo, el origen del cuidado de enfermería está íntimamente ligado al acto de cuidar de la naturaleza humana, y en ese sentido podemos ubicar su desarrollo paralelo al desarrollo del hombre y de toda la humanidad, identificándolo como un recurso de las personas para procurarse los elementos necesarios para el mantenimiento de la

vida y su supervivencia en condiciones de salud y/o enfermedad (Colliere, 1993). Fue en el siglo XIX cuando Florencia

Nightingale, quien es considerada la madre de la enfermería moderna, en su trabajo identificó a este, "el cuidado", como el elemento de la atención de la salud propio de la enfermería. Ella reconoció que el propósito de la enfermería no se limitaba a cuidar a los enfermos en los hospitales, sino que también procura ayudar a la gente a vivir. Su marco de trabajo enfatizaba la utilidad del conocimiento empírico y la sistematización del registro de datos para mejorar la calidad del cuidado brindado. El desarrollo del concepto de cuidado de enfermería ha sido espectacularmente notorio en las dos últimas décadas; haciendo énfasis en aquello que hasta ahora había permanecido invisible en el quehacer de esta profesión: "el arte de la enfermería", es decir, los aspectos de interrelación de la enfermera usuario como elemento esencial del mismo, coincidiendo en afirmar esto tanto teóricos como investigadores. Encontramos en la literatura actual un sinnúmero de trabajos realizados con el objetivo de avanzar en la conceptualización del cuidado, trabajos en los que tanto usuarios como enfermeras coinciden en identificar el buen cuidado de enfermería de acuerdo al grado en que se dan las siguientes características (16):

- 1) El involucramiento de la enfermera con el usuario.
- 2) El contacto físico.
- 3) La escucha.
- 4) Las vivencias compartidas.
- 5) El acompañamiento.
- 6) La información para el mejoramiento del autocuidado.
- 7) Ayudar a crecer como ser humano.

8) La preocupación por el bienestar y atención de las necesidades del otro.

En su libro *Notas de enfermería* (1859/1990), Nightingale estableció la manipulación del ambiente como elemento central del proceso de cuidado, afirmando que de él dependía el proceso sanador de la persona; por este motivo se ha denominado a su trabajo "Teoría de enfermería del medio ambiente". Aun cuando en sus escritos no se encuentra mencionado directamente el proceso de interrelación enfermera-paciente, se puede identificar que lo considera parte del mismo ambiente, haciendo énfasis en que la observación, el interrogatorio y la información son el foco de este proceso de interrelación. Entre quienes se han interesado por el desarrollo teórico del componente de interrelación en el cuidado está la doctora Jean Watson; gran parte de su trabajo se ha dirigido a estudiar a profundidad el papel preponderante que la interrelación tiene dentro del cuidado para el logro del mejoramiento de la salud. Jean Watson define a la enfermería como una ciencia humana a la que ha denominado "ciencia del cuidado" (Watson, 1985); ella considera los siguientes aspectos filosóficos para el estudio de la enfermería (16):

- 1) La enfermería visualiza a los seres humanos como sujetos de experimentación.
- 2) El ser humano se encuentra en continua y estrecha interrelación con su medio ambiente.
- 3) La salud es un proceso.
- 4) cambio es continuo; la enfermera y la persona son coparticipantes
- 5) Preocupación por la salud de los individuos y sus grupos.
- 6) El cuidado se da en una transacción de cuidado de humano a humano (enfermera-persona).

Con la revisión de la evolución del cuidado de enfermería, hasta la fecha podemos identificar como características actuales del cuidado de enfermería las siguientes: Su naturaleza de cuidado es la conservación y mantenimiento de la vida y la restauración de la salud (Colliere, 1993), dejando de lado lo que hasta ahora ha sido visto como el eje del trabajo de enfermería y por muchos como el área que daba sustento al arte de la misma, por considerar el uso de las manos elemento indispensable para su ejecución, refiriéndome específicamente a la realización de técnicas y procedimientos (como las tan conocidas aplicación de inyecciones, sueros, sondas, etcétera) que hoy son concebidas solo como un tipo más de la tecnología para el cuidado, a aplicarse estrictamente en las situaciones de enfermedad. Los sujetos de cuidado son el individuo y sus grupos sanos o con alguna alteración de la salud; sus componentes son los conocimientos derivados de la ciencia y los elementos derivados del arte que son necesarios para establecer una relación interpersonal con el individuo al que se cuida, identificados como:

- Intencionalidad.
- Preocupación.
- Empatía.
- Libertad.
- Opción.
- Responsabilidad.
- Respeto.

La conjunción de estos elementos dentro de la complejidad de la relación enfermera-persona cuidada convierten el cuidado en un acto de vida de dos personas en interacción; es acto de vida para ambos, porque en nuestra interrelación con el otro no nos

abstraemos de nuestro propio curso de vida, sino que, siendo parte de ella, influimos recíprocamente el acto de cuidar. A este momento Jean Watson lo denomina "momento de cuidado" (17).

En conclusión, podemos afirmar que damos "cuidado de enfermería" solo cuando utilizamos el conocimiento surgido de la ciencia del cuidado como respaldo de las acciones de cuidar y hacemos un arte de la conjugación de la ciencia con la interrelación enfermera personas que cuida.

### **Teoría de Kristen Swanson**

De acuerdo a la propuesta que se realizó en un inicio, desarrollamos el trabajo basado en la teoría de los cuidados de Kristen Swanson, teóricamente para la disciplina de enfermería esta teoría es vital ya que enmarca los principios del cuidado que es un pilar fundamental, esta teoría sirve como guía para los y las enfermeras, dado que se puede poner en práctica en todo tipo de casos, ya que si bien en sus inicios se estudiaron casos más puntuales, finalmente se logró una teoría de amplio alcance.

Como indica RODRÍGUEZ CAMPO "Dependiendo del cuidado que se ejerza sobre los pacientes, este afectara en su estado anímico y en consecuencia, en su recuperación o buen morir". Este aspecto nos lleva a pensar la utilidad para la práctica de enfermería, que ha tenido el modelo, aunque es sencillo, su gran aporte aborda al individuo con muchas de sus características, para apoyarlo en sus necesidades, no solo esto también contribuye con el ser en otras áreas que son de importancia para un bienestar para con los demás, es así como Según Reynolds, el modelo teórico es útil para la aplicabilidad en la práctica. Alrededor del mundo, varios países han adoptado este modelo para ofrecer una formación integral, para ello se hace necesario analizar las perspectivas diferentes

que el cuidado aborda, para así comprenderlo, para esto es necesario, llegar a él, sentirlo y proyectarlo y de esta manera, entenderlo, ya que tiene en su complejidad un sentido altruista, pero da cabida a profesores iniciar a los nuevos estudiantes en la profesión, sumergiéndolos en el lenguaje de lo que significa cuidar y ser cuidado, para promover, restaurar, o mantener el bienestar óptimo de las personas (18).

Sin duda alguna, como profesionales de enfermería la mejor forma de sustentar los conocimientos es a través de teorías que intenten explicar y definir diversos fenómenos relacionados con la disciplina, socialmente vemos como la teoría se puede aplicar no solo en el campo de la práctica clínica sino también con cada uno de las personas que se encargan del cuidado a un semejante, no importa si es a nivel profesional o no.

La Teoría de Cuidado para el bienestar, de Kristen Swanson habla de cinco procesos: conocer, mantener la fe, estar con, hacer por y posibilitar; A decir de Marriner “estos procesos al ser aplicados en la práctica permiten brindar cuidado para el bienestar que pueden aplicarse en toda situación donde se dé una relación de cuidado”, esta es la razón por la que se utilizó la teoría que se va a aplicar al protocolo:

### **Conocimiento**

El Conocimiento o búsqueda es un esfuerzo por entender el significado de un suceso tal cual en la vida del otro, desde lo emocional, desde sus capacidades y desde sus conocimientos; centrándose en la persona que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado, para que se fortalezca éste proceso.

### **Estar con**

La compañía es estar emocionalmente presente en el otro, que la persona perciba que estamos disponibles para aclarar sus dudas y enseñarle lo que ella necesita hasta que se empodere del cuidado. Ello implica compromiso, estar ahí, capacidad de comunicación, compartir sentimientos sin abrumar y transmitir disponibilidad.

### **Hacer por o para**

Hacer por otros lo que haríamos por nosotros mismos si fuera posible, incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad. También implica que en nuestro actuar hagamos las cosas bien, informemos y expliquemos de la mejor manera y a su vez reconfortemos al otro.

### **Permitir o posibilitar**

Es ayudar a, o facilitar el paso del otro por transiciones de la vida o por situaciones desconocidas. Éste proceso incluye las estrategias educativas que utilizamos para que las personas aprendan a cuidarse. Aquí es necesario generar alternativas, retroalimentar permanentemente, hacer seguimiento y evaluar o validar lo que se ha aprendido.

### **Mantener las creencias**

Mantener la fe o la creencia de que el otro tiene la capacidad de salir adelante, que va a superar un hecho o acontecimiento y se va a enfrentar al futuro con un significado, teniéndole en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un

optimismo realista y ayudando a encontrar ese significado estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación.

Estos 5 procesos enunciados por Swanson reconocen en primer lugar la importancia de conocer a quién se está atendiendo y de asumir, ante todo, que se trata de un ser humano que está atravesando una situación difícil. A partir de este conocimiento de la situación puede darse un proceso de empatía en el que la calidad humana está por sobre todas las cosas, es decir el profesional está en la capacidad de asumir un compromiso mucho más profundo y solidario (18).

## **2.3 Definición de Términos**

### **Paciente**

Es aquella persona que recibe atención integral por parte de la enfermera siendo a la vez capaz de emitir un juicio a partir de lo percibido durante su permanencia en el servicio.

### **Periodo postoperatorio mediato**

Período de cuidados que comienza cuando el paciente termina la cirugía y la completa recuperación del paciente, o la recuperación parcial del mismo. El postoperatorio mediato equivale al período que transcurre desde que el paciente ha sido llevado a la habitación o sala (24 -72) horas después de la operación) hasta el día en que es dado de alta. Durante esta fase se resuelven las alteraciones fisiológicas y psicológicas y los desequilibrios asociados a la cirugía, a la anestesia y a la curación. En el postoperatorio es frecuente la aparición de cierto nivel de ansiedad en relación con el dolor, anticipado o real, y con los resultados de la intervención. Las intervenciones de enfermería en este caso se



concretan en proporcionar seguridad y bienestar al paciente, permitir que se exprese y disipar sus dudas o temores, hablarle sobre los resultados esperados de su evolución.

### **Cuidado de enfermería**

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”.

### III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

#### 3.1 Recolección de Datos

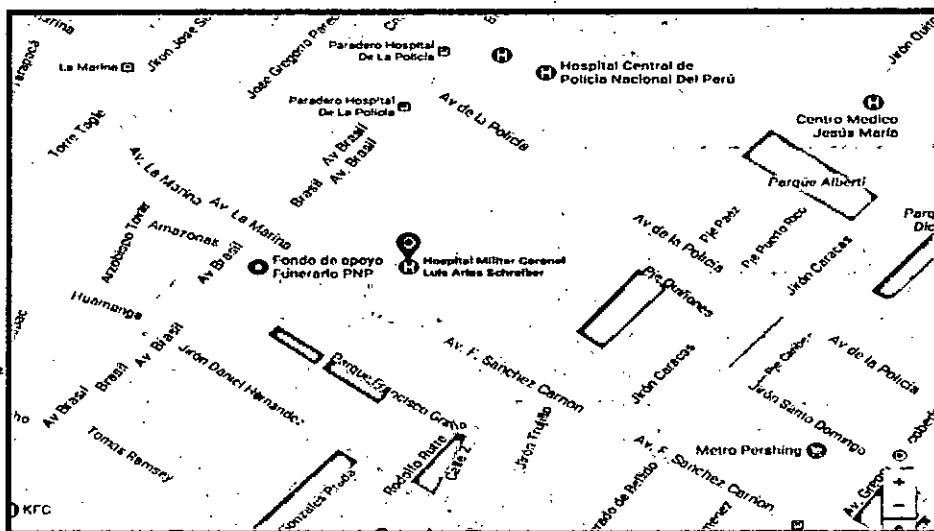
La recolección de datos se realizó utilizando técnicas y herramientas permitiendo así ordenar sistemáticamente la información y sustentar el conocimiento de los cuidados en la unidad de hospitalización C-4-2, así como registros de enfermería.

- Registros de enfermería.
- Registros de libros de estancia.
- Datos estadísticos del departamento de enfermería.
- Datos estadísticos del departamento de medicina y cirugía.

#### 3.2 Experiencia Profesional

##### A. Descripción del área laboral

El Hospital Militar Central se encuentra ubicado en la avenida José Faustino Sánchez Carrión S/N, en el distrito de Jesús María, en la ciudad de Lima.

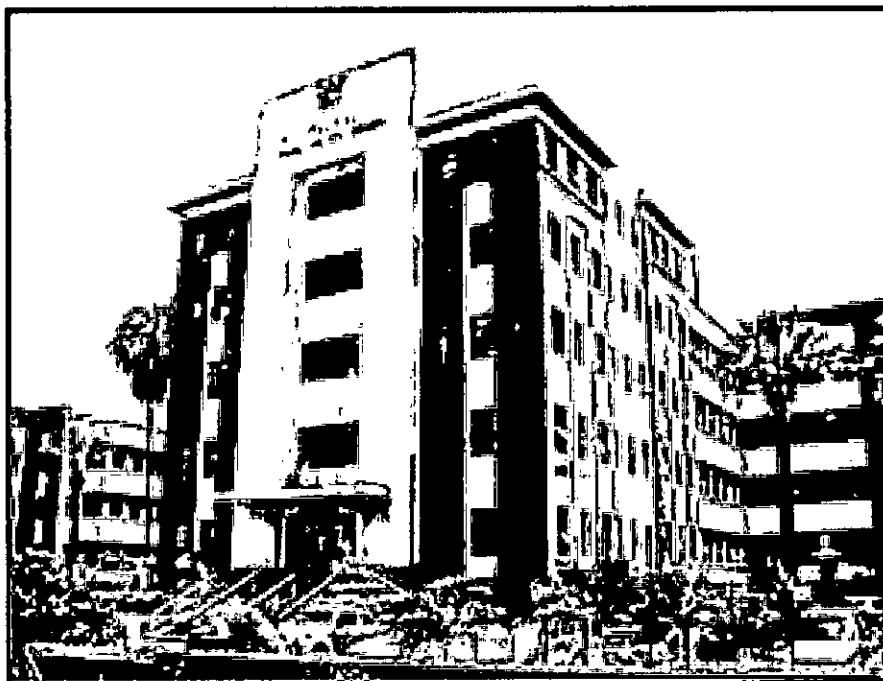


## **B. Base Legal**

Con Resolución Suprema 343-CGE publicada en la Orden General del Ejército (OGE) N° 44 del 02 de agosto de 1957, disposiciones de la Comandancia General del Ejército.

## **C. Infraestructura**

Tiene un área total de 63,122.03 m<sup>2</sup> y de los cuales 106,076.56 m<sup>2</sup> construida desde los sótanos hasta el sexto piso, todo de material noble.



## **D. Reseña Histórica del Hospital Militar Central**

Es una institución de salud categorizado como un hospital de categoría III-1 (Nivel III de Complejidad y Nivel 1 de Atención) es una institución castrense que tiene a su cuidado una población diversa en todo el ámbito de su población militar.

En el año de 1956, gracias al entusiasmo, decisión y gestiones del entonces director del Hospital, Crl. Luis Arias Schreiber, comenzó la construcción del actual establecimiento, bajo la gestión del entonces Presidente de la República, el General de División Don Manuel A. Odría. El HMC es inaugurado oficialmente el primero de enero de 1958 y en honor al gestor de este importante logro se le bautiza con el nombre de Hospital Militar Central "CRL. Luis Arias Schreiber".

Iniciándose con una capacidad de 811 camas, en la actualidad, debido a las modificaciones administrativas que se han dado, cuenta con 683 camas operativas, distribuidas en tres secciones:

Sección de Cirugía: 9 Unidades de Hospitalización.

Sección de Medicina: 15 Unidades de Hospitalización.

Sección de Áreas Críticas: 9 Unidades de Hospitalización.

Cuentan con los siguientes Recursos Humanos:

Licenciadas en enfermería 467.

Técnicas y auxiliares de enfermería 286, distribuidas en las diferentes unidades de enfermería.

## **E. Misión del Hospital Militar Central**

Proporcionar Atención Médica Integral al Personal Militar, a sus familiares inscritos en el Registro de Familia y personal con derecho en el ejército, así como Atención Médica de Emergencia a pacientes de cualquier procedencia dispuestos

por la ley y en caso de Emergencia Nacional, con la finalidad de contribuir al cuidado de la salud.

#### **F. Visión del Hospital Militar Central**

Ser un Hospital Digital líder en Prestación de Servicios de Salud a Nivel Nacional, competitivo internacionalmente, con un potencial humano altamente especializado y equipos de última tecnología, reconocidos por resolver problemas de salud con calidez y altos estándares de calidad y eficiencia.

#### **G. Unidad de Hospitalización de Neumología y Cirugía de Tórax (UU. HH C-4-2)**

El Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax (UU. HH C-4-2) denominada se encuentra ubicada en el Pabellón "C", cuarto piso del HMC. Está destinada a brindar atención de Salud Integral al:

- Personal Militar de Tropa.
- Personal del Cuartel General de Inválidos (CGI).
- Ex combatientes de la Guerra de 1941.
- Personal militar subalterno incluyendo alumnos.
- Personal militar de oficiales incluyendo a cadetes.
- Familia militar.

Se hospitalizan pacientes con gran diversidad diagnóstica en cuanto a enfermedades pulmonares, derivados de los consultorios de neumología y cirugía de tórax.

Tiene una capacidad para 57 pacientes de los cuales solo 37 están operativas, cuenta con ambientes colectivos e individuales.

- Dos ambientes de 3 camas .
- Un ambiente de 6 camas
- Dos ambientes de 9 camas
- Un ambiente de 7 camas
- Once ambientes individuales.

## H. Recursos humanos

<b>Personal</b>	<b>N°</b>
<b>Jefa de enfermeras</b>	1
<b>Enfermeras asistenciales</b>	11
<b>Técnicos de enfermería</b>	6
<b>Total</b>	18

## I. Funciones de la enfermera

### Función Asistencial:

- Brindar cuidado de Enfermería Integral y seguro al paciente en el pre y post operatorio, basado en las necesidades de salud y utilizando el proceso de atención de enfermería (PAE).
- Participar en acciones de salud dirigidas a lograr el bienestar físico, mental y social del paciente.

El Hospital Militar Central a nivel departamento de enfermería según el manual de organizaciones y funciones (MOF) refiere:

## **Funciones Específicas**

- a. Proporcionar cuidado integral y seguro de enfermería al paciente en el pre, trans y post operatorio basado en las necesidades de salud y utilizando el PAE.
- b. Participar en acciones de salud dirigidas a lograr el bienestar físico, mental y social del paciente.
- c. Ejecutar y evaluar el plan de cuidados de enfermería con base a evidencias científicas, guías, protocolos de atención, normas institucionales e indicadores de calidad.
- d. Participar en el reporte y ronda de enfermería.
- e. Desarrollar intervenciones de Enfermería durante la hospitalización del paciente, demostrando calidez en el trato.
- f. Participar en la visita médica, informando el estado del paciente.
- g. Ejecutar procedimientos técnicos en la atención directa al paciente (SNG, SV, venoclisis, curaciones y otros).
- h. Conducir y acompañar al paciente de la UH a SOP y viceversa, proporcionándole apoyo físico y emocional.
- i. Administrar las prescripciones médicas y tratamientos a los pacientes en forma oportuna y eficiente.
- j. Verificar y utilizar de manera racional los medicamentos, materiales e insumos del paciente, asegurando su provisión las 24 horas del día.
- k. Informar al paciente sobre las normas de conducta y disposiciones que debe cumplir durante su permanencia en el servicio.
- l. Brindar educación continua al paciente y familia en los aspectos de su autocuidado.
- m. Supervisar y evaluar las actividades del Personal Auxiliar de Enfermería, de acuerdo a su nivel de competencia.

- n. Verificar la limpieza, orden y conservación de los ambientes del servicio.
- o. Cumplir con las normas de bioseguridad.
- p. Mantener la integridad y el buen funcionamiento de los equipos, material y enseres del servicio.
- q. Registrar las intervenciones de enfermería en la Historia Clínica del paciente, de acuerdo a normas para facilitar el diagnóstico y tratamiento del paciente.
- r. Participar en las actividades de investigación y capacitación permanente que tienden a mejorar la atención de enfermería que se presta al paciente.
- s. Participar en la enseñanza clínica de estudiantes de enfermería.
- t. Elaborar, aplicar y evaluar las guías de intervención e instrumentos de enfermería basados en evidencia científica.
- u. Actuar en situaciones de emergencia y desastres de acuerdo a normas establecidas.
- v. Desarrollar acciones en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica.
- w. Cumplir con las comisiones especiales asignadas por el personal de mayor jerarquía y que estén dentro de su competencia.

### **3.3 Procesos realizados en el tema**

Desde el año 1994 laboro en el Hospital Militar Central hasta la actualidad soy miembro activo del Colegio de Enfermeros del Perú, mi experiencia laboral las inicié en el año 1994 por la modalidad de nombrada, donde se me asignaron labor asistencial, también he asumido cargos como docente en diferentes universidades.

En el desempeño diario como enfermera asistencial en la Unidad de Neumología y Cirugía de Tórax, he desarrollado experiencia en la atención a pacientes post operados de toracotomía ya que en



este periodo el mantenimiento del patrón respiratorio es muy importante y una buena valoración integral es por ello que en mi permanencia en este servicio se evidenció que:

- El Personal de Enfermería en gran porcentaje, no realiza la hoja de enfermería aplicando el SOAPIE.
- El Personal, en muchas oportunidades, no brinda al paciente educación sobre los cuidados posoperatorios.
- El personal de enfermería no sigue una secuencia para brindar los cuidados pre y posoperatorios.

### **Aportes**

Como integrante del Comité de capacitación del Servicio, se coordinó con el Comité de Capacitación del departamento de enfermería para retroalimentar el manejo de las hojas de enfermería a nivel hospitalario

Se confeccionó un listado de los diagnósticos más usados en la unidad y la confección de una guía de atención a pacientes pre y post operados de toracotomía, haciéndose el seguimiento al personal para la aplicación de lo mencionado.

Se observó disponibilidad del personal para realizar un manejo de las hojas de enfermería, aunque al principio hubo un poco de resistencia para el uso de los diagnósticos.

Se concientiza al personal de enfermeras, para el manejo de la guía de atención a pacientes post operados.

Se coordina con el personal de capacitación del departamento de enfermería para realizar reforzamientos del uso adecuado de los formatos de enfermería hasta el personal mejore el manejo.

Se realiza evaluaciones trimestralmente.

### **Innovaciones**

Actualmente el personal de enfermeras aplica los nuevos formatos de Hojas de Enfermería.

Confeccionó de una Guía de Atención a pacientes post operados de toracotomía.

Se apertura un cuaderno de registro de Charlas Educativas a los pacientes en el que se explica :

- Cuidados y medidas preventivas del drenaje torácico.

- Deambulacion precoz y su importancia.

- Uso adecuado de inhaladores e importancia de la terapia respiratoria.

Teniendo en cuenta la teoría de los Cuidados de Kristen Swanson, se desarrolló la práctica profesional.

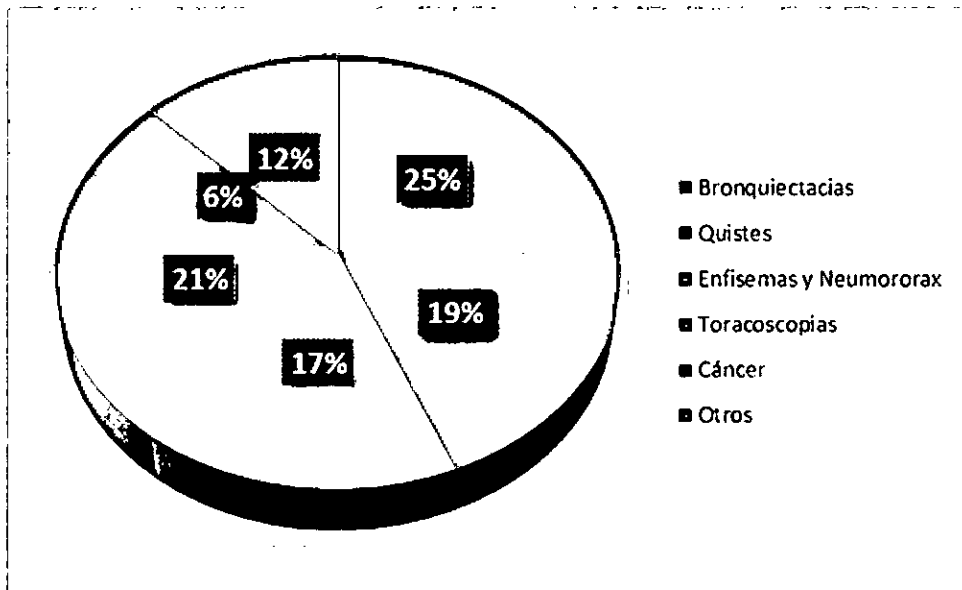
## IV. RESULTADOS

**TABLA N° 4.1. PACIENTES QUE RECIBEN ATENCIÓN POSOPERATORIA EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX SEGÚN DIAGNÓSTICO - 2016**

Diagnósticos	N° de pacientes	%
Bronquiectasias	12	25%
Quistes	9	19%
Enfisemas y Neumotórax	8	17%
Toracoscopias	10	21%
Cáncer	3	6%
Otros	6	12%
Total	48	100%

Fuente: Estadística de la Oficina de Jefatura de Cirugía de Tórax y Cardiovascular

**GRÁFICO N° 4.1. PACIENTES QUE RECIBEN ATENCIÓN POSOPERATORIA EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX SEGÚN DIAGNÓSTICO - 2016**



### Interpretación

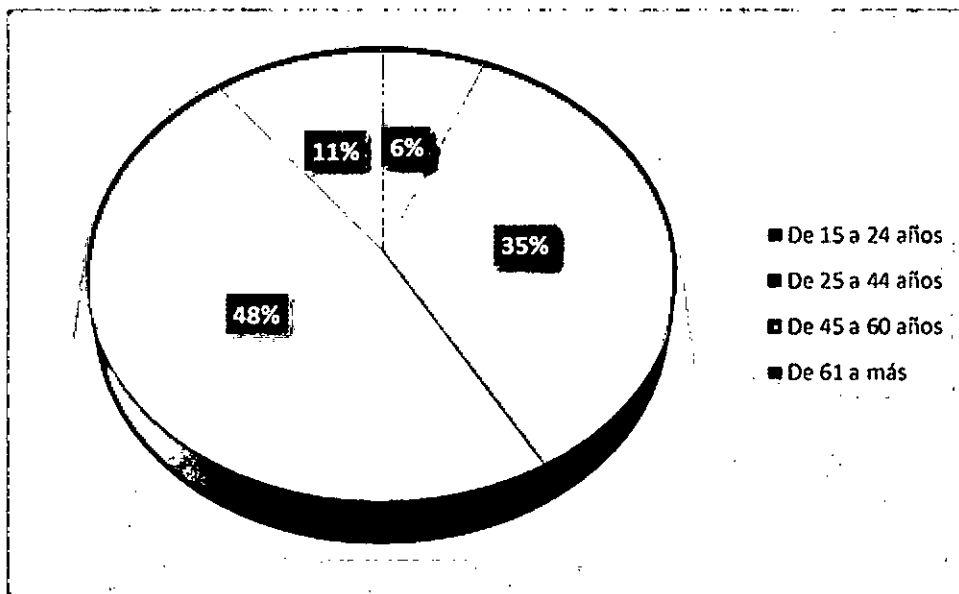
En la tabla y gráfico N° 4.1 se observa que el 25% de pacientes atendidos en el Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax fueron con diagnóstico de Bronquiectasias, el 21% Toracoscopias, el 19% con Quistes, el 17% con Enfisemas y Neumotórax, el 12% otros diagnósticos y el 6% con cáncer. Predominando los pacientes con diagnóstico de Bronquiectasias.

**TABLA N° 4.2. EDADES DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA QUE INGRESARON AL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX - 2016**

Grupo etáreo	N° de pacientes	%
De 15 a 24 años	3	6%
De 25 a 44 años	17	35%
De 45 a 60 años	23	48%
De 61 a más	5	11%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

Fuente: Registro de Cuaderno de Estancia de Ingreso y Egreso del Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax

**GRÁFICO N° 4.2. EDADES DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA QUE INGRESARON AL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX - 2016**



### Interpretación

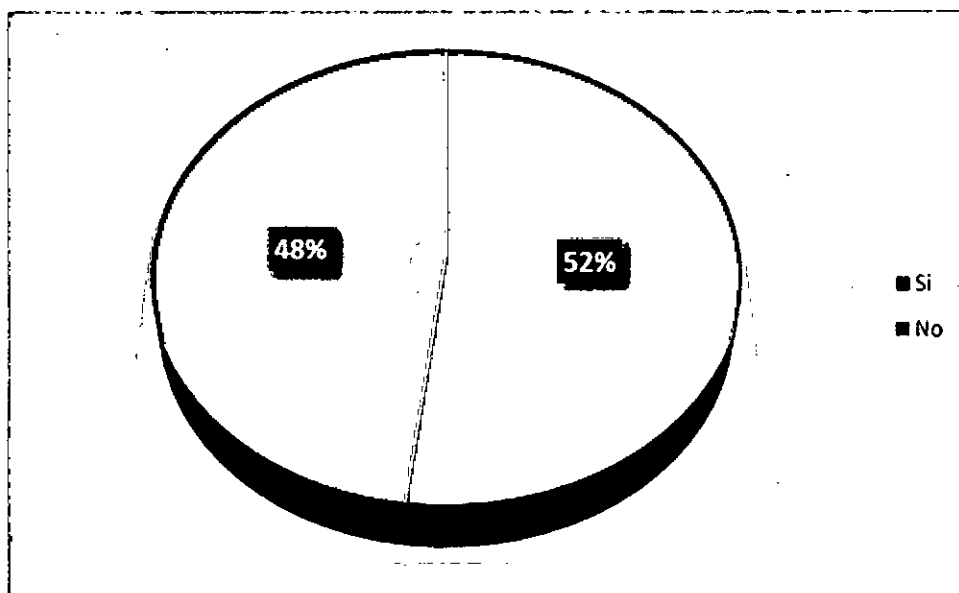
La tabla y gráfico N° 4.2 muestra que el 35% de pacientes sometidos a cirugía que ingresaron al Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax en el año 2016 se encuentran en el grupo etáreo comprendido entre los 45 a 60 años, el 35% entre los 25 a 44 años, el 11% tienen de 61 a más años y el 6% se encuentran en el grupo etáreo de 15 a 24 años. Predominando los pacientes de 45 a 60 años.

**TABLA N° 4.3. INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA A PACIENTES POSOPERADOS EN EL SERVICIO DE ENFERMERÍA – 2016**

	N	%
Si	52	52%
No	48	48%
Total	100	100%

Fuente: Observación y Entrevista a los pacientes

**GRÁFICO N° 4.3. INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA A PACIENTES POSOPERADOS EN EL SERVICIO DE ENFERMERÍA – 2016**



### Interpretación

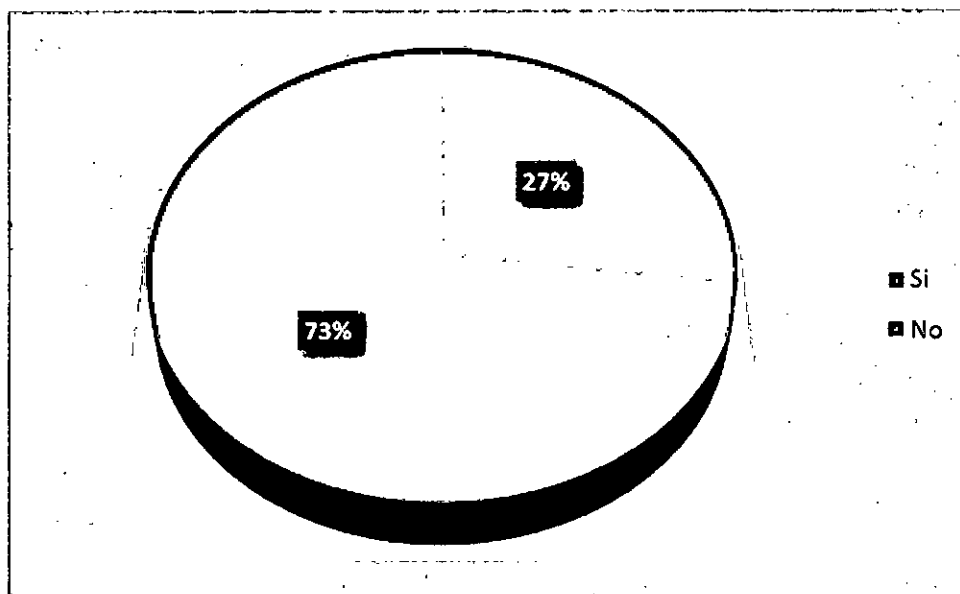
La tabla y gráfico N° 4.3 muestra que el 52% de enfermeras desarrollan una intervención educativa a los pacientes post operados atendidos en el servicio de Neumología y Cirugía de Tórax en el año 2016. Mientras que el 48% no realiza dicha intervención educativa. Predominando el personal de enfermería que brinda dicha intervención a los pacientes post operados.

**TABLA N° 4.4. CUMPLIMIENTO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX 2016**

	N	%
Si	27	27%
No	73	73%
Total	100	100%

Fuente: Revisión de Historias Clínicas

**GRÁFICO N° 4.4. CUMPLIMIENTO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX 2016**



### **Interpretación**

La tabla y gráfico N° 4.4 muestran que el 73% de enfermeras del Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax en el año 2016 cumplieron con los registros de enfermería, mientras que el 27% no. Predominando el personal de enfermería que dio cumplimiento de los registros de enfermería en dicho servicio.

## V. CONCLUSIONES

- a. Durante mi experiencia en el Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax en el año 2016, he adquirido competencias, habilidades y destrezas que me permiten el manejo de pacientes posoperatorios de toracotomía.
- b. El Hospital Militar Central no cuenta con sistemas modernos de drenajes torácicos, aun se continúa usando frascos de vidrio, que si bien es cierto se cumple con el fin terapéutico, muchos de los pacientes limitan su actividad por temor “a romper el frasco”, potenciándose las posibles complicaciones.
- c. En cuanto a los pacientes posoperatorios, los resultados evidenciaron que los pacientes atendidos en el Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax fueron con diagnóstico de Bronquiectasias .Los pacientes sometidos a cirugía que ingresaron al Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax en el año 2016 se encuentran mayoritariamente en el grupo etáreo comprendido entre los 45 a 60 años.
- d. En cuanto al cuidado de enfermería, los resultados mostraron que el 52% de enfermeras desarrollan una intervención educativa a los pacientes post operados atendidos en el servicio de Neumología y Cirugía de Tórax en el año 2016. El 73% de enfermeras del Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax en el año 2016 cumplieron con los registros de enfermería.

## VI. RECOMENDACIONES

- a. Las autoridades del Hospital Militar Central deben incentivar y apoyar la especialización de los profesionales de enfermería a través de convenio con universidades nacionales de prestigio, con el fin de contribuir al desarrollo de su conocimiento que redundará en beneficio de una atención de calidad al paciente.
- b. Además, se recomienda a las autoridades del Hospital Militar Central que doten al Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax, con sistemas modernos de drenajes torácicos, que garantice una atención de calidad al paciente post operado y favorezca su tratamiento y recuperación evitando posibles complicaciones.
- c. A la Unidad de Hospitalización del Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax se le sugiere desarrollar Talleres sobre el uso de guías de intervenciones, y planes de cuidados estandarizados que contribuyan a una calidad de la práctica de enfermería profesional.
- d. El personal de enfermería se le recomienda que desarrolle una atención al paciente post operado basado en la educación sobre su tratamiento, así como el uso correcto de los registros de enfermería.
- e. Se requiere de una mayor integración contando con la experiencia de todos los recursos humanos, para que al momento de trabajar respondan como un todo, en equipo.



## VII. REFERENCIALES

- (1) HERNÁNDEZ Rafael. Toracotomía de urgencia. Indicaciones, técnicas quirúrgicas y resultados. Servicio de Cirugía Cardiovascular, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España; 2011. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-toracotomia-urgencia-indicaciones-tecnica-quirurgica-S0009739X1100100X>
- (2) CARRASQUEL Vanessa, JAPA Zuni, HERNÁNDEZ Alejandro. Uso de toracotomía mínima ampliada y lavado de cavidad pleural en el tratamiento del empiema. Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, 74 (1); 2010, pp. 12-15.
- (3) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Seguridad del paciente: Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente; 2004. Disponible en <http://www.who.int/patientsafety/es/>
- (4) COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ. Reglamentación de Ley del Trabajo del Enfermero Peruano Ley N° 27669, Decreto Supremo N° 004 - 2002 –S.A.
- (5) OYARZÚN Manuel. Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias. Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias. Santiago de Chile, Ch
- (6) CAMPOS-RUBIO Lucy, CHICO-RUÍZ Julio, CERNA-REBAZA Lisi en su investigación Calidad del Cuidado de Enfermería en la Seguridad Integral del Paciente Quirúrgico del Hospital Base Víctor Lazarte Echeagaray, Trujillo– 2014.
- (7) ANAYA ORTIZ Bibiana, LUNA MARÍA Camila, RUEDA BAUTISTA Clara. Rol de enfermería en las complicaciones del adulto con traumatismo de tórax en los últimos años. Universidad Cooperativa de Colombia; 2017.

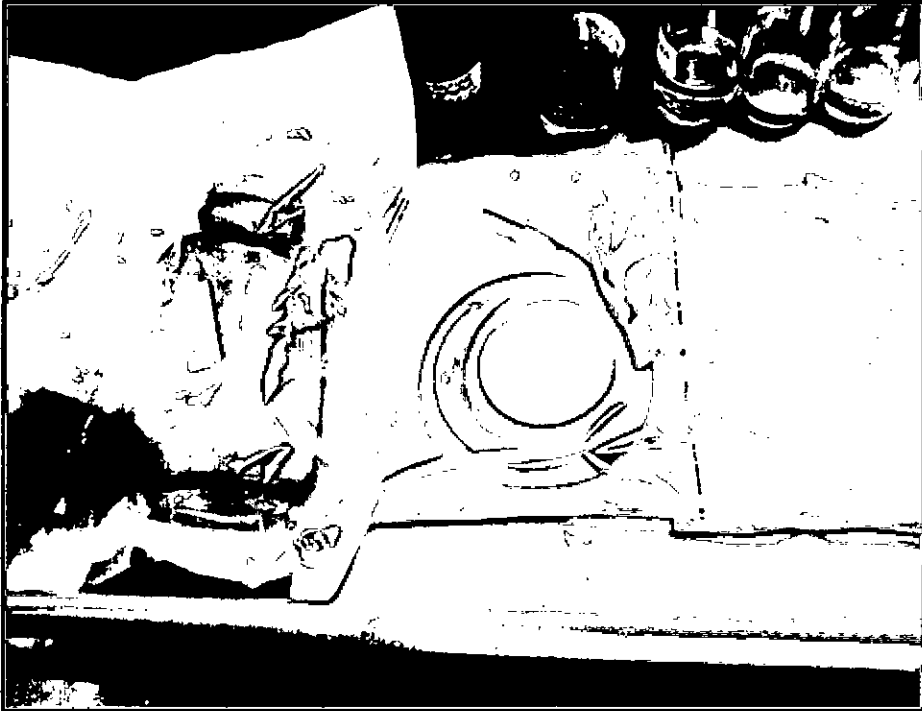
- (8) CHABLAY HINOJOSA Ángela Karina, DÍAZ BARRIOS Nancy Viviana, ROSAS SANTANA Andrea. Protocolo de cuidados de Enfermería a pacientes con tubo de tórax en la facultad de Enfermería Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia; 2014.
- (9) LAURA RAMOS Eva. Satisfacción del Paciente Pos-Operado con el Cuidado del Profesional de Enfermería del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado – 2016.
- (10) AMERICAN PEDIATRIC SURGICAL NURSES ASSOCIATION INC. Toracotomía. Material Educativo de APSNA; 2006. Disponible en [http://c.ymcdn.com/sites/www.apsna.org/resource/resmgr/Teaching\\_Sheets/Spanish/APSNA\\_TS\\_Thoracotomy\\_Span.pdf](http://c.ymcdn.com/sites/www.apsna.org/resource/resmgr/Teaching_Sheets/Spanish/APSNA_TS_Thoracotomy_Span.pdf)
- (11) MALAGÓN Gustavo. Manejo Integral de Urgencias. 3ra. Edición. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2004.
- (12) TODO EN SALUD. El estudio preoperatorio en cirugía torácica. Disponible en <http://todo-en-salud.com/2010/09/el-estudio-preoperatorio-en-cirugia-toracica>
- (13) BASOZABAL ZAMAKONA Begoña, DURÁN DÍAZ DE REAL María Ángeles. Manual de Enfermería Quirúrgica. Disponible en [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hgal\\_guias\\_manuales/es\\_hgal/adjuntos/manual\\_de\\_enfermeria\\_quirurgica.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hgal_guias_manuales/es_hgal/adjuntos/manual_de_enfermeria_quirurgica.pdf)
- (14) CABRERA NAVARRO Pedro, RODRÍGUEZ DE CASTRO Felipe, Manual de Enfermedades Respiratorias segunda edición .España 2005.
- (15) CHABLAY HINOJOSA Ángela Karina y otros. Protocolo de cuidados de Enfermería a pacientes con tubo de tórax en la facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia Facultad de Enfermería, Especialización Enfermería Cardiorespiratoria Bogotá D.C, Colombia; 2014.

- (16) LUÉVANO FORD Susana. El arte del Cuidado de Enfermería: de Florencia Nightingale a Jean Watson. Facultad de Enfermería y Nutriología/Universidad Autónoma de Chihuahua; 2008.
- (17) MARRINER, T. Modelos y teorías de enfermería. Kristen Swanson. Estados Unidos, Año 2006. Disponible en [http://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=ES&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=ES&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false).
- (18) RODRÍGUEZ CAMPOS. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. Enfermería Global volumen 11. Chile. 2008. Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S16951412012000400016&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S16951412012000400016&script=sci_arttext).

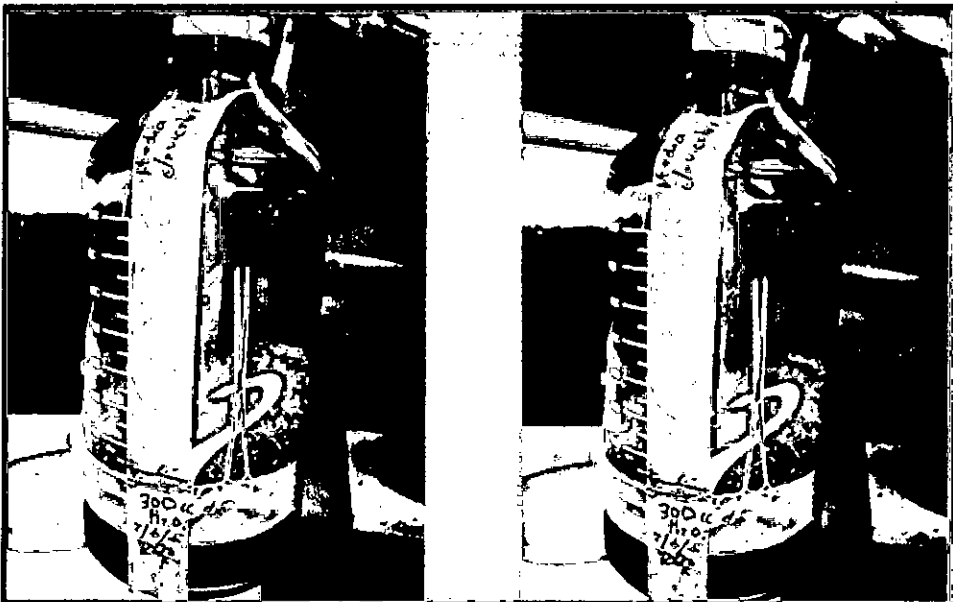
# ANEXOS

**Anexo 1**

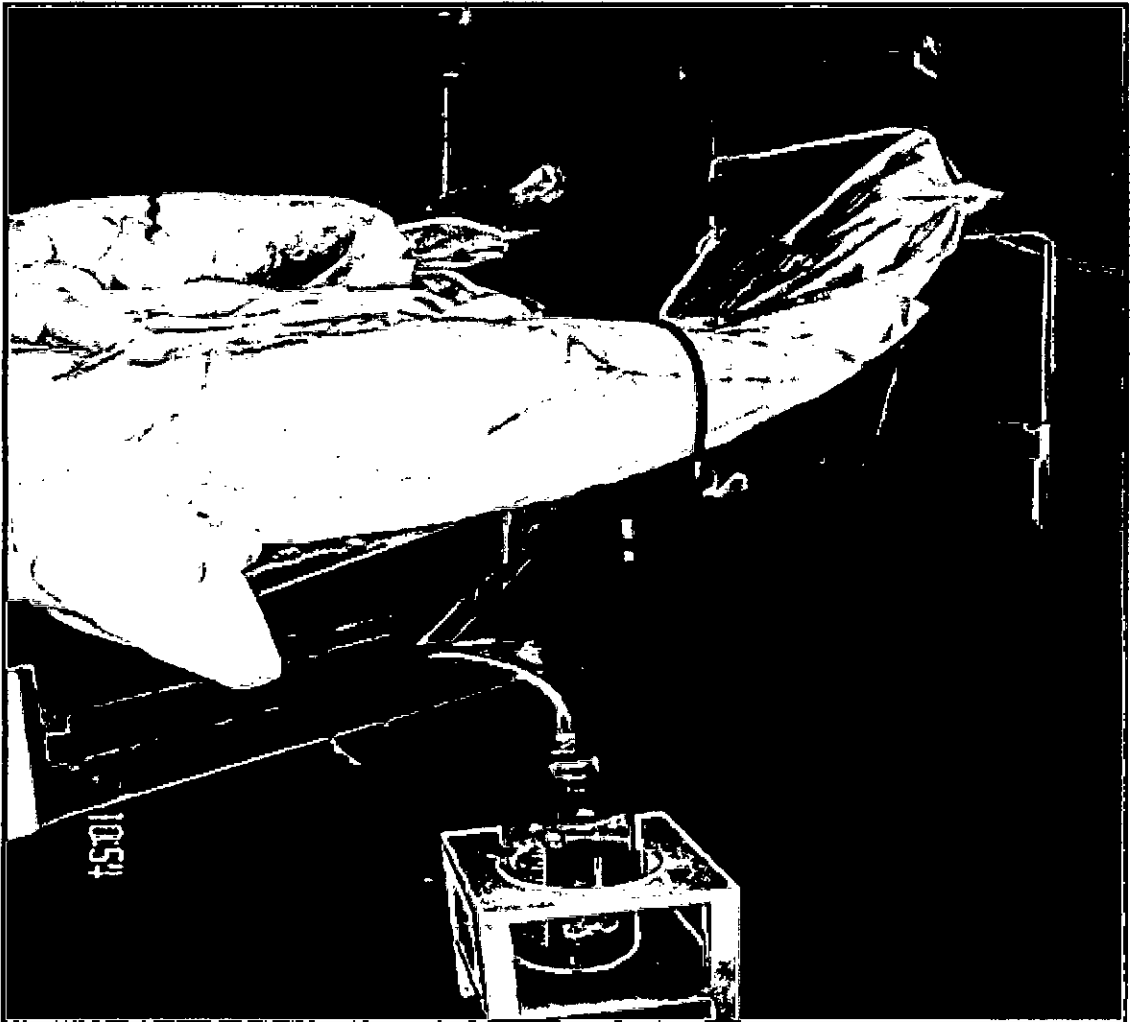
**Registro fotográfico de experiencia profesional en el Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax en el año 2016**



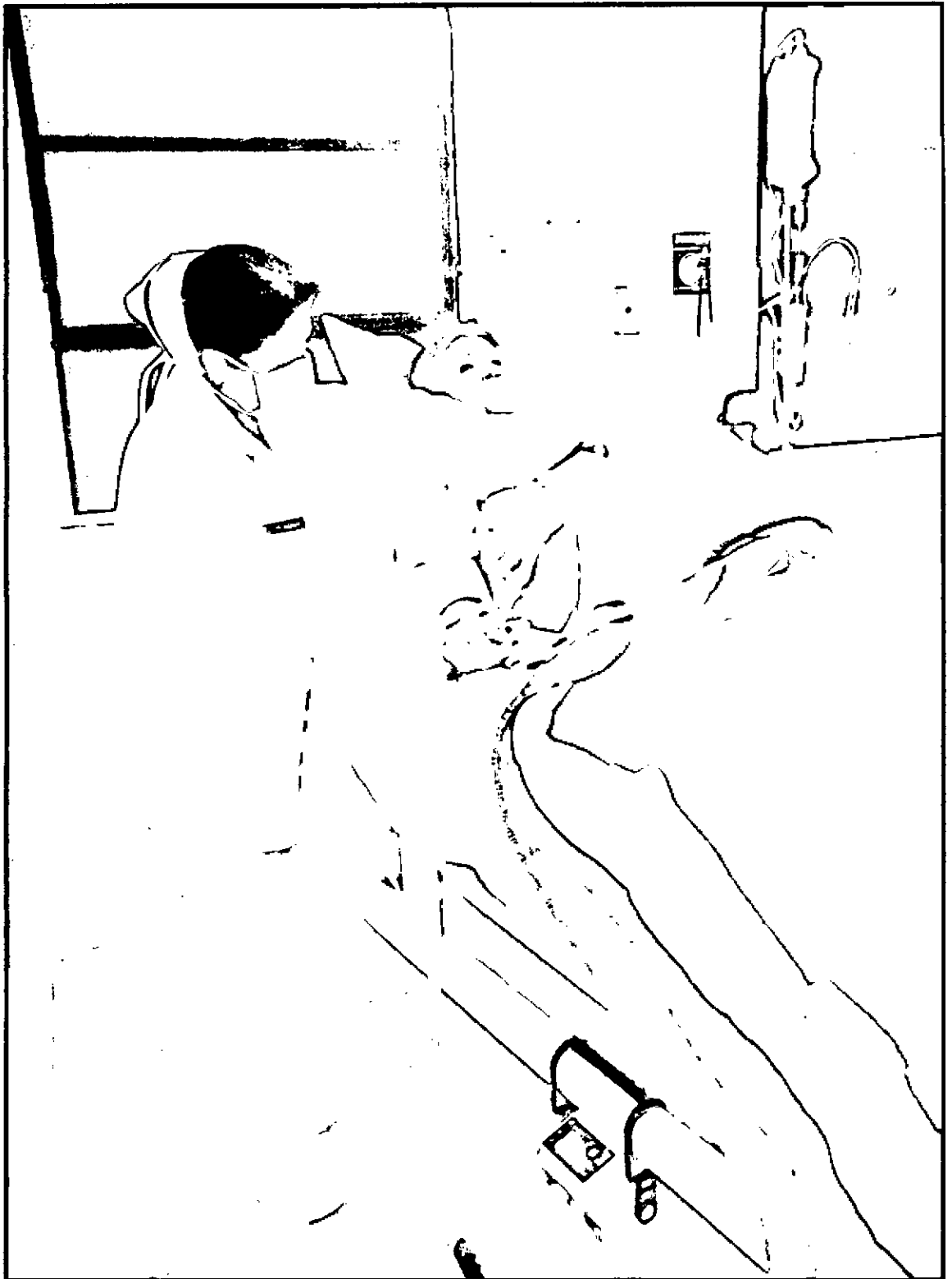
**Material de drenaje torácico**



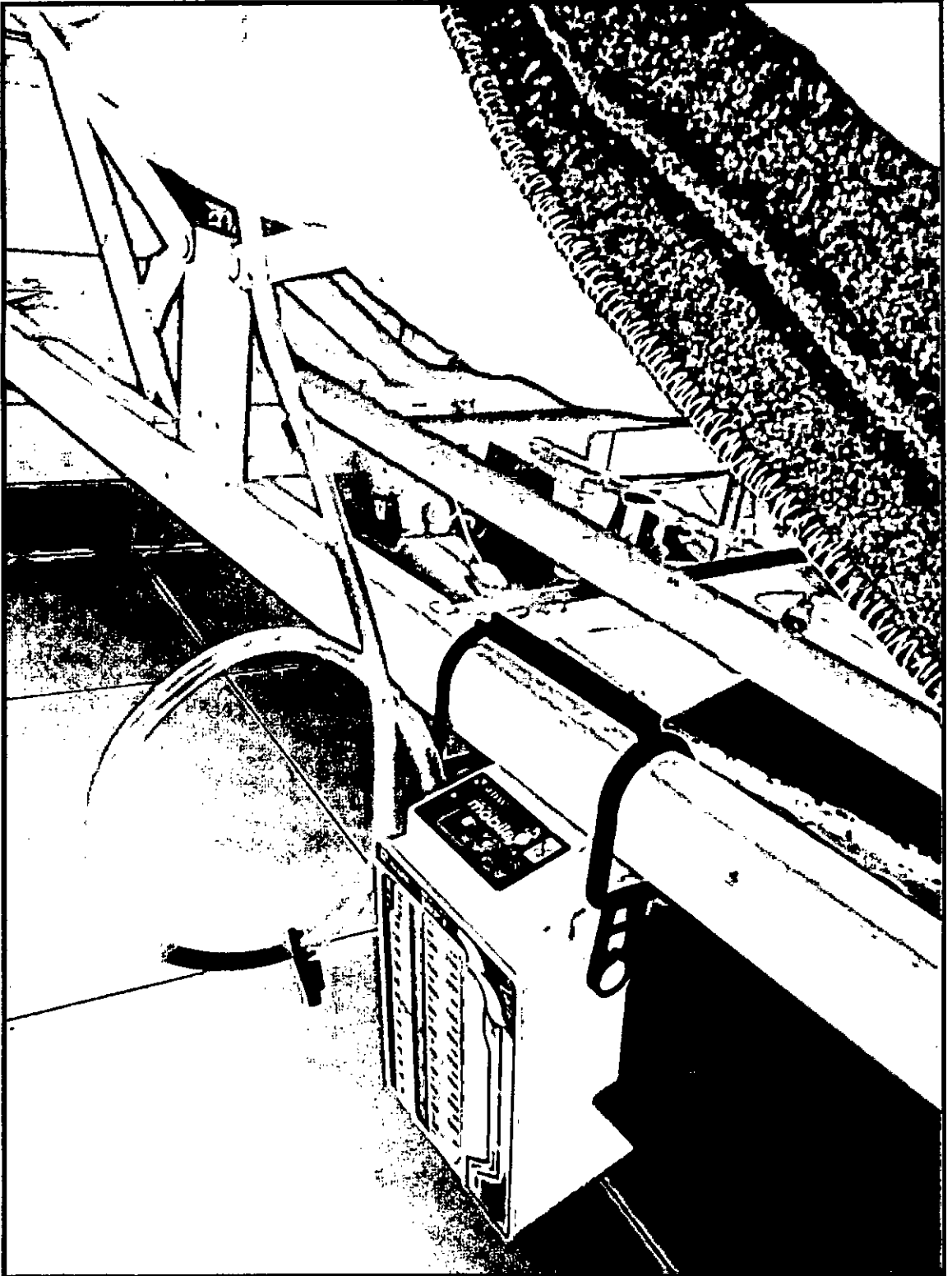
**Sistema de drenaje cerrado con frasco de vidrio**



**Sistema de drenaje**

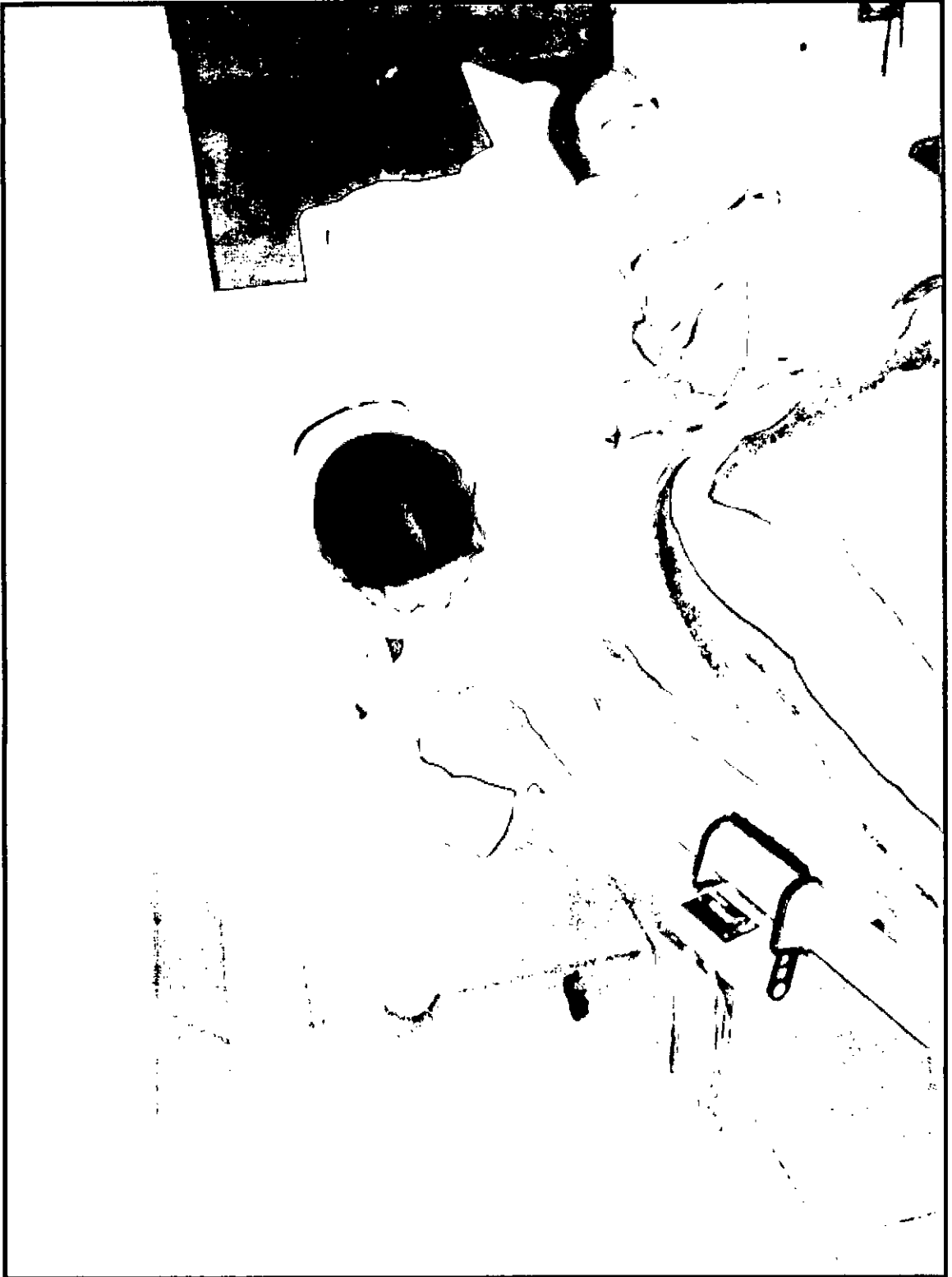


**Cuidados de enfermería en pacientes post operados de toracotomía**

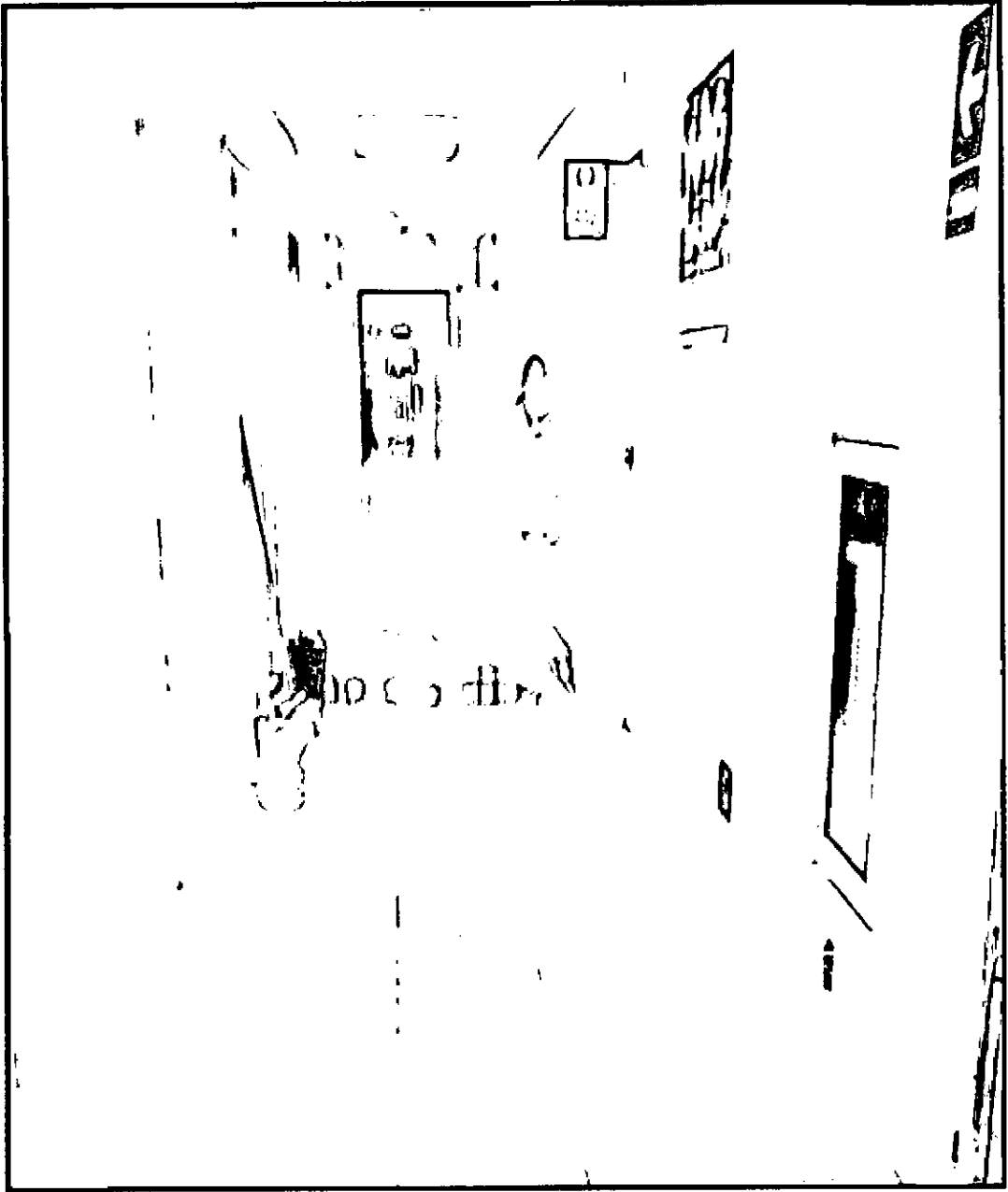


**Sistema de drenaje pleurevac**





**Cuidados de enfermería en pacientes post operados de toracotomía**



**Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax del Hospital Militar Central**



**Personal de Enfermería del Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax  
en el año 2016**

