UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DRENAJE DE TÓRAX EN EL HOSPITAL Dr. JORGE LIZARRAGA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA Dr. ENRIQUE TEJERA VALENCIA ESTADO CARABOBO AÑO 2007

Autoras:
Denny Araujo
C.I.: 13.810.624
Alix Contreras
C.I.: 8.714.200
Nancy Liendo
C.I.: 7.012.428
Tutor: Mgs. Zaida Domínguez

Valencia, Enero de 2008

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DRENAJE DE TÓRAX EN EL HOSPITAL Dr. JORGE LIZARRAGA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA Dr. ENRIQUE TEJERA VALENCIA ESTADO CARABOBO AÑO 2007

(Trabajo Especial de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de Licenciado en Enfermería)

Autoras:
Denny Araujo
C.I.: 13.810.624
Alix Contreras
C.I.: 8.714.200
Nancy Liendo
C.I.: 7.012.428
Tutor: Mgs. Zaida Domínguez

Valencia, Enero de 2008

DEDICATORIA

A mis padres, por darme su apoyo y confianza.

A mis sobrinos: Karina, Francis, Francisco, Xavier, Harold, Antonio, Gustavo, Anarela quienes son el mayor tesoro que me ha podido regalar Dios. Los Adoro.

Denny Araujo.

DEDICATORIA

A mi esposo Atilio, por tener paciencia, cuando me ausentaba de mi hogar, para asistir a clases.

A mis hijos, por ayudarme y calmarme, cuando creí que todo se derrumbaba, para así lograr la meta que tanto anhelaba.

Alix Contreras

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso por haberme regalado el don más preciado, la Vida.

A mi Madre, que me enseño a luchar en la vida; sin permitir que los tropiezos derrumbaran mis sueños, le doy Gracias por su generosidad y amor.

A mi hija, por ser la luz y el pilar que me motivo a lograr esta carrera, gracias por entenderme, comprenderme y ayudarme en todo momento.

A mis hermanos, por estar a mi lado y motivarme en cada momento para seguir adelante y no desfallecer hasta lograr la meta propuesta.

Nancy Liendo

AGRADECIMIENTO

A Dios Todopoderoso por darme la vida y guiar mis pasos, mi mente y mi corazón, porque solo a través de Él, podré lograr mis metas.

A mis padres, por permitirme nacer, por inculcarme grandes valores en especial la humildad en mi corazón y por inspirarme a seguir adelante, gracias a ustedes, hoy entiendo que el éxito es el resultado del esfuerzo y de la constancia en la consecución de las metas. Los amo.

A mis hermanos, por sus palabras de estimulo, quienes siempre me dieron animo para ser posible la realización de uno de mis sueños. Gracias por transmitirme esa confianza.

A la Mgs. Zaida Domínguez, tutora de la tesis por su invaluable aporte intelectual y contribución en el desarrollo de la tesis.

Al personal de salud que labora en la Ciudad Hospitalaria Dr. “Enrique Tejera” Departamento de Pediatría, por su cooperación.

A mis compañeras de Tesis, Nancy y Alix gracias por su apoyo, ya que este pequeño triunfo que significa mucho para mi y para ustedes, es solo el principio del largo camino que aun nos falta por recorrer.

Denny Araujo

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Central de Venezuela, y a todos aquellos profesores que nos impartieron sus conocimientos para que nos desarrollaremos a través del tiempo como excelentes profesionales.

A nuestra tutora, Mgs. Zaida Dominguez, por darnos una excelente y valiosa colaboración en la elaboración de nuestro trabajo de grado.

A la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, por apoyarnos y aceptar la elaboración de nuestra tesis.

Alix Contreras.

AGRADECIMIENTO

A nuestra Tutora: Mgs. Zaida Domínguez, ya que ella nos dio la motivación, y orientación a que iniciáramos este trabajo de investigación.

Al personal de Enfermería, que labora en la Ciudad Hospitalaria Dr. “Enrique Tejera” Departamento de Pediatría, por su receptividad y apoyo

A mis compañeras de Tesis, Denni y Alix gracias por su comprensión y por brindarme su amistad.

Nancy Liendo

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

DEDICATORIAS ……... Iii
AGRADECIMIENTOS …….. Vi
APROBACION DE TUTOR……... Ix
LISTA DE CUADROS……..... Xii
LISTA DE GRAFICOS……... Xiv
RESUMEN ……. Xvi

INTRODUCCION 1

CAPITULO I: EL PROBLEMA

Planteamiento del problema …… 3

Objetivos de la investigación …….. 6

Objetivo general …….. 6

Objetivos específicos …….. 6

Justificación …… 7

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la Investigación……..……... 9

Bases teóricas ……..… 15

Sistema de variables …… 48

Operacionalizacion de la variable ……... 49

CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

Diseño de la investigación …….. 50

Tipo de estudio …… 51

Población ……. 52

Muestra ……...…… 52
Métodos e instrumentos de recolección de datos …… 53
Validez …...……. 53
Confiabilidad…...……. 53
Procedimiento para la recolección de la información ……. 55
Técnicas y Análisis de datos……..…….. 55

CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.

Presentación y análisis de los resultados……...…….. 57

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones ……..... 77
Recomendaciones……..... 79
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 80
ANEXOS 81
A. Instrumento 82
B. Validez..... 87
C. Confiabilidad..... 91

LISTA DE CUADROS

CUADROS **Pág**

01 Distribución de frecuencias absolutas y porcentuales en relación al nivel académico que poseen las enfermeras que laboran en el hospital Dr. Jorge Lizarraga de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera Valencia Edo Carabobo año 2007…… 58

02 Distribución de frecuencias absolutas y porcentuales en relación a años de servicio que poseen las enfermeras que laboran en el hospital Dr. Jorge Lizarraga de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera Valencia Edo. Carabobo año 2007 …… 60

03 Distribución de frecuencias absolutas y porcentuales de las observaciones realizadas a las enfermeras en relación a medidas de asepsia y antipsesia después del drenaje de tórax en el hospital Dr. Jorge Lizarraga de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera Valencia Edo. Carabobo año 2007 ……... 62

04 Distribución de frecuencias absolutas y porcentuales de las observaciones realizadas a las enfermeras sobre la monitorización a pacientes con drenaje de tórax en el hospital Dr. Jorge Lizarraga de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera Valencia Edo. Carabobo año 2007 ……... 64

05 Distribución de frecuencias absolutas y porcentuales de las observaciones realizadas a las enfermeras sobre la valoración en el drenaje de tórax en el hospital Dr. Jorge Lizarraga de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera Valencia Edo. Carabobo año 2007 ……..... 66

06 Distribución de frecuencias absolutas y porcentuales de las observaciones realizadas a las enfermeras sobre la higiene en el drenaje de tórax en el hospital Dr. Jorge Lizarraga de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera Valencia Edo. Carabobo año 2007 ……..... 68

07 Distribución de frecuencias absolutas y porcentuales de las observaciones realizadas a las enfermeras sobre la fisioterapia en el drenaje de tórax en el hospital Dr. Jorge Lizarraga de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera Valencia Edo. Carabobo año 2007 ……..... 70

08 Distribución de frecuencias absolutas y porcentuales de las observaciones realizadas a las enfermeras sobre los cuidados en el funcionamiento del equipo de drenaje de tórax en el hospital Dr. Jorge Lizarraga de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera Valencia Edo. Carabobo año 2007 ……... 72

09 Distribución de frecuencias absolutas y porcentuales de las observaciones realizadas a las enfermeras sobre el manejo de pacientes pediátricos con drenaje de tórax en el hospital Dr. Jorge Lizarraga de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera Valencia Edo Carabobo año 2007 ……... 74

LISTA DE GRAFICOS

GRAFICO **Pág**.

01 Distribución de frecuencias porcentuales en relación al nivel académico que poseen las enfermeras que laboran en el hospital Dr. Jorge Lizarraga de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera Valencia Edo Carabobo año 2007…….. 59

02 Distribución de frecuencias porcentuales en relación a años de servicio que poseen las enfermeras que laboran en el hospital Dr. Jorge Lizarraga de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera Valencia Edo. Carabobo año 2007 …… 61

03 Distribución de frecuencias porcentuales de las observaciones realizadas a las enfermeras en relación a medidas de asepsia y antipsesia después del drenaje de tórax en el hospital Dr. Jorge Lizarraga de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera Valencia Edo. Carabobo año 2007 ……... 63

04 Distribución de frecuencias porcentuales de las observaciones realizadas a las enfermeras sobre la monitorización a pacientes con drenaje de tórax en el hospital Dr. Jorge Lizarraga de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera Valencia Edo. Carabobo año 2007 ……..... 65

05 Distribución de frecuencias porcentuales de las observaciones realizadas a las enfermeras sobre la valoración en el drenaje de tórax en el hospital Dr. Jorge Lizarraga de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera Valencia Edo. Carabobo año 2007 ……..... 67

06 Distribución de frecuencias porcentuales de las observaciones realizadas a las enfermeras sobre la higiene en el drenaje de tórax en el hospital Dr. Jorge Lizarraga de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera Valencia Edo. Carabobo año 2007 ……..... 69

07 Distribución de frecuencias porcentuales de las observaciones realizadas a las enfermeras sobre la fisioterapia en el drenaje de tórax en el hospital Dr. Jorge Lizarraga de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera Valencia Edo. Carabobo año 2007 ……..... 71

08 Distribución de frecuencias porcentuales de las observaciones realizadas a las enfermeras sobre los cuidados en el funcionamiento del equipo de drenaje de tórax en el hospital Dr. Jorge Lizarraga de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera Valencia Edo. Carabobo año 2007 ……... 73

09 Distribución de frecuencias absolutas y porcentuales de las observaciones realizadas a las enfermeras sobre el manejo de pacientes pediátricos con drenaje de tórax en el hospital Dr. Jorge Lizarraga de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera Valencia Edo Carabobo año 2007 ……... 75

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DRENAJE DE TÓRAX EN EL HOSPITAL Dr. JORGE LIZARRAGA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA Dr. ENRIQUE TEJERA VALENCIA ESTADO CARABOBO AÑO 2007

Autoras: Denny Araujo
Alix Contreras
Nancy Liendo
TUTOR: Mgs. Zaida Domínguez
AÑO: 2007

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de Determinar la práctica de enfermería en los pacientes pediátricos con drenaje de tórax en el hospital Dr. Jorge Lizarraga de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera Valencia Estado Carabobo año 2007**.** La investigación fue un estudio descriptivo, en el cual se seleccionó una población de (181) enfermeras y una muestra de (54) enfermeras siendo el 30% de la población. La recolección de información se realizó mediante un instrumento tipo guía de observación con respuestas dicotómicas (Si-No) estructurado en (02) partes: La primera destinada a obtener datos demográficos, la segunda parte obtener datos sobre la práctica profesional de enfermería en el manejo de pacientes pediátricos con drenaje de tórax. El mismo fue validado por (3) expertos (2) Enfermera Docente en metodología de investigación, (1) Enfermera especialista en Medicina Critica Pediátrica ; previo a la aplicación de la prueba piloto, mientras que la confiabilidad fue determinada a través "Medida de Estabilidad" (Confiabilidad por Test- Retest) donde los resultados de la prueba muestran un grado de confiabilidad de 89,6% (muy aceptable). Una vez aplicado el instrumento se obtuvo como principal resultado, que el personal de enfermería presentan deficiencia en cuanto al control de la tensión arterial y la saturación de oxigeno, en paciente con drenaje de tórax, e igualmente presentan fallas en un 50% en cuanto a la fisioterapia respiratoria e higiene bucal. Estableciéndose la necesidad de formación y capacitación del personal de enfermería tendiente a realizar cuidados en paciente con drenaje de tórax.

INTRODUCCION

Las patologías que afectan la cavidad torácica y su contenido de forma que ameritan el drenaje torácico mediante la colocación de un tubo de tórax para mantener una mecánica ventilatoria que garantice la vida de un paciente, constituyen una causa común de hospitalización en la población pediátrica que acude a los hospitales del sector público y privado a nivel nacional y de allí la importancia que tiene que el personal de salud que atiende a este tipo de pacientes esté debidamente entrenado en el manejo adecuado de los pacientes pediátricos con drenaje de tórax.

En concordancia con lo expresado en el párrafo anterior, el personal de enfermería que labora en los servicios de las instituciones hospitalarias deben enfrentarse diariamente a la atención y cuidado de pacientes con drenaje de tórax, ello exigen conocer a fondo los principios fundamentales de este procedimiento así como los cuidados de enfermería que deben ponerse en práctica para evitar complicaciones que pongan en peligro la vida del paciente o prolonguen su estancia hospitalaria.

En este orden de ideas, dado que el Hospital Jorge Lizarraga de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en Valencia, estado Carabobo, es una institución donde son referidos o atendidos niños que ameritan un drenaje torácico mediante la colocación de un tubo de tórax, surge la iniciativa por realizar la presente investigación con la finalidad de determinar la práctica de enfermería en los pacientes pediátricos con drenaje de tórax en la dimensión cuidados de enfermería.

La investigación esta estructurada en cuatro capítulos: el primer capítulo lo conforma el problema, planteamiento del problema, objetivos de la investigación y la justificación, el segundo continúa el Marco teórico con los antecedentes del problema y sus bases teóricas. Así mismo el Capitulo III describe el marco metodológico: diseño de la investigación, tipo de estudio, población, muestra, técnica e instrumento de recolección de datos, procedimiento para la validación y técnicas de análisis.

En el capitulo cuarto, contiene presentación y análisis de los resultados de la investigación realizada.

En capitulo quinto, enmarca las conclusiones y recomendaciones obtenidas con el análisis de datos, así como las referencias bibliograficas y anexos respectivos.

Se espera con la realización de esta investigación no solo cumplir con un requisito académico, sino además aportar datos que sirvan de estímulo a otras investigaciones en relación con el tema, que conlleven a mejorar la calidad de atención que presta el personal de enfermería de ésta y otras instituciones hospitalarias a nivel nacional en la atención de los pacientes pediátricos con drenaje de tórax.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La evolución satisfactoria de un paciente con drenaje de tórax, sobre todo en la edad pediátrica, no solo requiere de la realización adecuada y oportuna del procedimiento por parte del profesional de enfermería, y del tratamiento terapéutico que se aplique a la patología de base que ameritó el mismo, sino además de una serie de cuidados de enfermería en relación al manejo del tubo de tórax y su sistema de drenaje, que garanticen la ausencia de complicaciones y por supuesto la pronta restitución de la salud del niño.

En ese sentido, el papel que desempeña el personal de enfermería para favorecer un buen control clínico y terapéutico del paciente pediátrico con drenaje de tórax juega un rol fundamental, no solo para garantizar una corta estancia hospitalaria y una disminución de la morbimortalidad pediátrica, sino además para lograr una reducción de los costos por la hospitalización de estos pacientes tanto a la institución hospitalaria como a la familia de los mismos.

Sin embargo, se observa con preocupación que en algunos de los hospitales donde se atiende a pacientes pediátricos con drenaje de tórax, que

Según Torné, E. (1999), define el drenaje de tórax como: “aquel sistema que, mediante uno ó varios tubos colocados en pleura o mediastino, facilita la eliminación del contenido liquido o gaseoso.” Pág. (51), no todo el personal de enfermería que labora en la institución, cuenta con la preparación necesaria en cuanto a las medidas de asepsia que se debe considerar al realizar las curas, o de los parámetros de respiración, saturación de oxígeno que debe vigilar durante el traslado del paciente de un servicio a otro dentro o fuera del hospital, de los signos de alarma lo cual advierten sobre una situación de emergencia que ameritan la intervención inmediata del médico ya sea por fallas en el sistema de succión, de fijación del tubo o de funcionamiento del mismo, entre otros, quedando este conocimiento bajo el casi exclusivo dominio de las enfermeras de la Unidad neumonología.

En el hospital Dr. Jorge Lizarraga de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejerá Valencia estado Carabobo ingresan niños con diferentes patologías pero las más frecuentes son neumonías con derrame pleural, accidentes de transito, entre otras. Estos pacientes en condiciones de salud critica son atendidos en primera instancia en la emergencia pediátrica según sea el caso, donde se le brinda los cuidados necesarios para la protección de la vida, posteriormente son hospitalizados en el servicio de neumonologia o en pediatría I, II o III donde el equipo de enfermería asume su responsabilidad del cuidado de dichos pacientes.

Lo anteriormente descrito, trae como consecuencia que en los casos en que por razones de poca disponibilidad de camas en el servicio

Neumonología, del hospital Jorge Lizarraga de la Ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejerá, se tenga que mantener algún paciente con drenaje de tórax en áreas de hospitalización distintas a las ya referidas, o que por necesidad de servicio se requiera trasladar a una enfermera de otra área del hospital a Neumonologia, el cuidado prestado a los pacientes con drenaje de tórax pudiera ser subóptimo.

Tal es el caso del Hospital Doctor Jorge Lizarraga de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejerá" en la ciudad de Valencia, donde el personal de enfermería que labora en áreas distintas al servicio de Neumonologia, requieren con frecuencia de la presencia de las enfermeras asignadas a dicho servicio, para realizar medidas inherentes al cuidado y manejo tanto del tubo de tórax y su sistema de drenaje.

Así, como para atender las emergencias que en ese sentido pudieran presentarse, o que cuando son trasladadas al área de Neumonologia por necesidades de servicio (ausencia, reposo o vacaciones del personal fijo), son de muy poca ayuda para la enfermera de guardia debido a su falta de entrenamiento en el manejo de pacientes con drenaje de tórax, como en el momento de preparar el equipo para colocar el drenaje, realización de curas, cuando el paciente se estuve que medidas debe tomar para no poner en riesgo la vida del paciente.

La situación antes planteada, dio origen a las siguientes interrogantes: ¿Cuál será el resultado de determinar la práctica de enfermería en su dimensión cuidados, en los pacientes pediátricos con drenaje de tórax en el

Hospital Doctor Jorge Lizarraga de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejerá”. Valencia, estado Carabobo, durante el lapso Enero a Junio del 2007?, ¿ Como es la intervención después del procedimiento referido al drenaje de tórax que realiza enfermería en los pacientes pediátricos del Hospital Dr. Jorge Lizarraga de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera?. Para dar respuesta a las interrogantes formuladas se plantearon los objetivos que se mencionan a continuación.

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÖN.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la práctica de enfermería en los pacientes pediátricos con drenaje de tórax en el hospital Dr. Jorge Lizarraga de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera Valencia estado Carabobo año 2007.

Objetivos Específicos

Identificar los cuidados de enfermería después del procedimiento referido al drenaje de tórax en los pacientes pediátricos del Hospital Dr. Jorge Lizarraga de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera.

1.3 JUSTIFICACION

Aunque el drenaje torácico es un acto exclusivamente médico, el control y manejo posterior de dicho procedimiento amerita de los cuidados estrictos del resto de los integrantes del equipo de salud, pero fundamentalmente de los proporcionados por un profesional de enfermería debidamente entrenado en cuanto al manejo del tubo de tórax y su sistema de drenaje, en el traslado, las curas, la higiene y confort del paciente o bien ante emergencias como la extubación, ya que de ello depende la pronta recuperación del niño.

En ese orden de ideas, se justifican sin duda la realización de estudios como el presente, donde se determinará la práctica profesional de enfermería en su dimensión cuidados, en los pacientes pediátricos con drenaje de tórax en el Hospital Doctor Jorge Lizarraga de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Valencia, estado Carabobo, durante el lapso Enero a Junio del 2007, por ser este una de los principales centros de referencia del estado Carabobo de los pacientes pediátricos que a menudo requieren de un drenaje torácico durante la evolución de la patología que ameritó su hospitalización.

En sintonía con lo expresado en el párrafo anterior, la importancia de esta investigación descansa precisamente en que los resultados obtenidos en la misma investigación podrán servir de base no solo para conocer el grado de preparación del personal de enfermería que allí labora en relación al tema de estudio, sino además para ofrecer sugerencias que ayuden a mejorar

el entrenamiento del personal de enfermería de todos los servicios del Hospital Jorge Lizarraga de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera de Valencia, estado Carabobo, en el manejo de los pacientes pediátricos con drenaje de tórax .

Lo antes dicho, redundará en beneficio de la población pediátrica que se atiende en esa y otras instituciones de salud del sector público, favoreciendo además la disminución de los costos para la familia y el sistema socio sanitario que derivan de las estancias prolongadas por complicaciones prevenibles en el manejo de estos pacientes al mejorar la calidad de atención que se les ofrece.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

Con la intención de evitar los múltiples problemas que pueden presentarse en los pacientes pediátricos con drenaje de tórax , algunos investigadores se han interesado en realizar estudios con miras a poner en evidencia la práctica que sobre el tema en estudio posee el profesional de enfermería de algunas instituciones hospitalarias a fin de sugerir posibles soluciones.

Peña N, y Parra I, (2005), realizaron un estudio titulado " Propuesta de un programa sobre el manejo de drenaje toráxico para enfermeras del servicio de hidratación del Hospital Dr. Jorge Lizarraga, Valencia, estado Carabobo ", tuvo como objetivo proponer un programa sobre el manejo de los drenajes toráxicos para enfermeras, el cual fue un estudio de tipo descriptivo, con diseño no experimental, que realizaron en una población de 23 enfermeras que adscritas laboralmente al Servicio de Hidratación de la mencionada institución, cuyos resultados permitieron a esas autoras sugerir la necesidad de instruir al personal de enfermería de atención directa sobre los cuidados de enfermería al paciente con drenaje de tórax, lo cual obliga al diseño, ejecución y aplicación de un programa educativo de esa naturaleza.

La selección del estudio antes mencionado como antecedente para la presente investigación obedece a la estrecha relación que guarda con el tema que se investiga aquí poniendo en evidencia la necesidad del profesional de enfermería de la institución de mantenerse en actualización continua que le permita mejorar la calidad de la atención que presta.

Por su parte, De Santiago, M, Hernández A, y Travieso, M, (2003), realizaron un estudio cuyo propósito fue determinar la atención que se le brinda a pacientes con drenaje toráxico en sus factores de cuidados respiratorios y educación, por parte del profesional de enfermería que labora en el área de emergencia y en los servicios de cirugía A y B. de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejerá Valencia Estado Carabobo.

Siguiendo la guía de método científico en el trabajo antes mencionado, se abordó la realidad en la práctica diaria, para desde allí mejorar las habilidades y destrezas del profesional de enfermería, partiendo de un diagnóstico del estado actual del conocimiento sobre la aplicación de las medidas preventivas lo cual permitiría implementar acciones correctivas dirigidas a mejorar la calidad de atención prestada al paciente.

Las autoras citadas anteriormente, encontraron en cuanto a cuidados del drenaje, que un 70 por ciento de los elementos muéstrales respondió que nunca reciben información sobre como saber si se le ha movilizado el tubo de tórax; sobre si le informan que deben pinzar el drenaje para subirlo encima de la cintura, el 28 por ciento respondió que nunca recibe tal información; en referencia al subindicador movilización, un 78 por ciento

de los encuestados respondió que nunca recibe información sobre la posición que debe adoptar al sentarse. Para concluir recomendaron promover la puesta en práctica de programas de orientación que proporcionen al paciente con drenaje toráxico información sobre ejercicios respiratorios, cuidados de la cura, cuidados del drenaje y movilización.

La investigación antes citada sirvió de apoyo referencial a la presente investigación ya que hace refiere a los cuidados de enfermería que hay que proporcionarles a este tipo de pacientes en los cuales ha sido colocado un drenaje de tórax y permite tener idea sobre la intervención que realiza el personal de enfermería en la dimensión cuidados, tal y como se realizará en la presente investigación.

De igual forma, González M y Sánchez, A. (2002), realizaron una investigación de tipo descriptiva titulada Aplicación de Técnicas o procedimientos de la higiene bronco pulmonar que realizan las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejerá de Valencia Estado Carabobo, para lo cual enfocaron los conceptos y principios de las técnicas de asepsia y antisepsia utilizados en el área en estudio.

El diseño de la investigación fue de tipo descriptivo, donde la recolección de los datos fue a través de un cuestionario aplicado a 14 enfermeras, el cual constaba de 47 preguntas con alternativas tipo escala de likert, donde los resultados de mayor relevancia para los investigadores arrojaron que un gran número de enfermeras, tiene la necesidad de mejorar

y actualizar sus conocimientos en cuanto a las técnicas de asepsia y antisepsia, así mismo, recomendó a las enfermeras administradoras de dicho servicio ofrecer mayor factibilidad de estudio e implementar educación continua con el fin de ofertar una eficiente atención de enfermería al usuario.

El trabajo antes referido fue considerado de relevancia para esta investigación por el aporte que proporcionó en cuanto a las técnicas o procedimientos de higiene bronco pulmonar que hay que considerar en el paciente con drenaje de tórax, lo que fue utilizado para el sustento teórico del presente estudio.

En ese orden de ideas, Camargo H. , Sarmiento D., Herazo T., Bracamonte M. y Chávez, M (2002), realizaron la revisión de los casos de pacientes con diagnóstico de traumatismos con drenaje toráxico ingresados al Servicio de Cirugía General del hospital Dr. Rafael Sierra de Punto Fijo, estado Falcón durante 13 años (1.987-2002), con propósito de determinar y asociar las causas y complicaciones mas frecuentes, el tipo de tratamiento y la mortalidad e incidencia anual de los casos estudiados para tal fin. Dicho estudio fue de tipo descriptivo, trasversal y retrospectivos, y en el se reportaron un total de 68 pacientes, 58 casos (85,29 por ciento) del sexo masculino y 10 casos (14,70 por ciento) del sexo femenino.

Los autores obtuvieron los siguientes resultados: se presentan complicaciones propias del traumatismo toráxico representadas por:

lesiones de la pared toráxico con mayor frecuencia de fracturas costales (27,94 por ciento).; - lesiones de la cavidad pleural predominando el hemoneumotórax (51,47 por ciento); - lesiones pulmonares, entre las que destacan: La contusión pulmonar (19,11 por ciento) y las lesiones mediastínicas donde la contusión cardiaca representó un 13,23 por ciento, y las lesiones diafragmáticas un 8,82 por ciento.

En este estudio la mayoría de los pacientes requirió de algún tipo de procedimiento quirúrgico, se practicó toracotomía amplia, en (23,52 por ciento) laparotomía exploradora, 12 casos ameritaron U.C.I en el post operatorio, no hubo muerte por traumatismo toráxico en el período estudiado en dicho hospital. El mayor número de los casos ocurrió en el año (1.996), (19,11 por ciento), con incidencia constante de casos en el año 1.997 al 2000 de 19 por ciento.

El trabajo antes reseñado aporta a la presente investigación referencia de gran interés en cuanto a la relación causas y complicaciones del traumatismo toráxico, conocimientos que deben ser tenidos en consideración por quienes manejan a este tipo de pacientes, ya que si el profesional de enfermería tiene conocimientos sobre dicha patología puede brindar un cuidado optimo para el bienestar y pronta recuperación del paciente.

Asimismo, Camacho, M. y Pastràn , L. (2000) , realizaron un trabajo titulado “Evolución del manejo de los sistemas de drenaje toráxico,” lo cual tuvo como objetivo evaluar la colocación y manejo de los tubos a

tórax, en la Fundación Santa Fé de Bogotá y en el Hospital Santa Clara .El estudio se realizó bajo la modalidad de una investigación descriptivo explicatorio, tomando como muestra a 132 pacientes de la Fundación Fé de Bogotá y 68 del hospital Santa Clara, respectivamente.

En ese estudio, los investigadores reportaron que a 163 de los pacientes se le practicó toracotomía durante las primeras 24 horas, el procedimiento se realizó en salas de cirugía; se utilizaron sistemas de drenaje desechable, comprobándose que son los mejores. Las complicaciones no fueron graves y no afectaron la evolución del paciente. Esta investigación se relaciona con el presente estudio ya que permite que el profesional de enfermería perfeccione los conocimientos habilidades y destreza que tiene en lo que respecta al cuidado de drenaje de tórax.

En tal sentido, Cerezo, M (2000), realizó un estudio descriptivo y retrospectivo titulado "Actuación de la enfermera en el manejo de neumotórax en el hospital de la Comarca de Jaca San Millán San Pedro España " cuyo objetivo fue estudiar la fisiología de la cavidad torácica, la etiología, clasificación y mecanismo de producción del neumotórax. Presenta de forma grafica la indicación, colocación, manejo y seguimiento de los tipos de drenaje toráxico con mayor atención a la conducta de la enfermera y analizar la experiencia del servicio de urgencia del mencionado hospital en el manejo de neumotórax, donde la muestra estuvo representada por 44 pacientes, encontraron que el neumotórax ocurrió en 10 de los casos de manera espontánea y en 17 casos el

neumotórax fue secundario; 14 casos postraumáticos, uno bilateral y 3 por enfisema pulmonar en fumadores crónicos.

Cabe señalar que la investigación citada anteriormente, fue seleccionada como referente para esta investigación ya que demuestra la necesidad que tiene el profesional de enfermería de adquirir conocimiento en la actuación y el manejo del neumotórax, que es una de las patologías que frecuentemente necesitan de la colocación de un drenaje de tórax.

2.2. BASES TEORICAS

PRÁCTICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DRENAJE DE TÓRAX.

El profesional de enfermería ayuda de manera directa al paciente a recuperar la salud durante el proceso de curación y dirige los cuidados integrales de este, mantiene un ambiente seguro , se encarga de prevenir lesiones y protege al paciente de posibles complicaciones .Se encarga de su rehabilitación para que enfrente los cambios asociados con su enfermedad o su discapacidad.

En es orden de ideas, Balderas, M. (1.995) refiere que “la enfermería es el resultado de la evolución de una actividad innata en el ser humano que incluye trabajo y mantener en condiciones optimas el individuo , para así ayudar al paciente a conservar la vida y la salud o recuperarse

de una enfermedad o lesión y hacer frente a los efectos ocasionados por la misma” (Pág. 23).

Bajo este punto de vista, las enfermeras, en el cumplimiento de su rol, pueden ejercer dos tipos de funciones: Las propias y las derivadas. Las propias, son definidas por Iyer, P.; Taptich, B.; Bernocchi, D. (1.993) como “las funciones ejecutadas sobre las bases de la responsabilidades de su área compromiso, no existiendo otro trabajador que puede llevarla a cabo”. Igualmente , define dicho autor las funciones derivadas como “ las que asumen por delegación de otro profesionales , con los que tanto miembros del equipo de salud , e igualmente si por necesidad del momento , realiza unas acciones que no pertenecen a su función especifica” (Pág. 126).

La función entre funciones propias y derivadas ha sido uno de los principales motivos que ha retrasado el desarrollo de la enfermería, pues el personal de enfermería ha encontrado su trabajo e interés profesional en la adquisición de técnicas especificas intentando acrecentar sus conocimientos desviando la atención de su objetivo principal: el individuo y la comunidad en situación de salud o enfermedad.

A si mismo, la falta de claridad al considerar sus acciones prioritarias han conducido en numerosas ocasiones a las enfermeras en conflicto de trabajo con otros profesionales que consideraban lesionado su campo especifico de actuación. Estos problemas no tendrían razón de ser si la definición de funciones de cada categoría profesional fuese

correcta y clara, obteniéndose así áreas concretas de competencia en la práctica profesional.

Al respecto, Potter, P. y Perry, A (1996), definen la práctica de enfermería como "el diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana a problemas de salud actuales o potenciales" (Pág 13). Por consiguiente, el rol de enfermería debe estar dirigido a realizar funciones encaminadas a promocionar asistencia con criterios válido para la evaluación de los cuidados suministrados al paciente, asegurando que estos reciban el cuidado de alta calidad. (Pág. 23, 24, 25).

INDICACIONES DEL TUBO DE TÓRAX.

Al respecto, Smeltezer, S.C y Bare, B.G (1998), refiere en relación al traumatismo de tórax:

> El mecanismo que le producen con mayor frecuencia son Accidentes automovilísticos, caídas o maniobras de bicicletas. El mecanismo más común del traumatismo penetrante son los disparos de armas de fuego y las heridas con armas blancas con frecuencia las lesiones en el tórax ponen en peligro la vida (Pág. 543).

En este sentido, es evidente que el paciente con neumonía con traumatismo toráxico , amerita de una intervención oportuna e inmediata del equipo de salud y particularmente de enfermería.

Así mismo, Patiño, J. (1994) consideran que el drenaje toráxico “Es la colocación de un drenaje en la cavidad pleural para garantizar la evacuación permanente de un derrame pleural liquido o gaseoso” (P. 954). Mientras que el diccionario Médico Mosby (1997), señala:

> El drenaje toráxico o traqueocentesis se efectúa mediante una punción con un trocar especial que se introduce asta alcanzar la cavidad pleural, al fin de evacuar el liquido o aire allí acumulado drene, el sitio para la inserción de la sonda debe ser uno que este lejos del pulmón adherente. Por lo general se prefiere el II o III espacio intercostal anterior en la línea medio clavicular, o en el IV o V espacio intercostal en la línea medio asilar para con ello asegurar el punto óptimo. Cuando se efectúa una evacuación precisa y lenta, se conecta el catéter introducido en el espacio pleural a un sistema de drenaje en la inserción de un catéter (Pág. 423).

Al respecto, Weisberg, D y Refaely, Y. (2000), refieren “que hay que tener en cuenta las múltiples causas y las características de lo que ocupa el espacio pleural para decidir cuando está indicado el drenaje de tórax”.

Por otra parte, los neumotórax espontáneos, ya sean primarios o secundarios, deben drenarse siempre que el paciente no pueda ser observado o vaya a ser sometido a presión positiva en la vía aérea; cuando se asocien a disnea y/o hipoxemia o cuando su tamaño sea mayor del 20 por ciento, si el paciente puede observarse, y en los que se observan, cuando las radiografías seriadas muestren que está aumentando; en la mayoría de los casos el drenaje suele hacerse mediante un tubo de toracostomía.

En este sentido, en derrames pleurales, el drenaje mediante tubo estará indicado en presencia de exudados que sugieran ser empiemas no tuberculosos (por presencia de bacterias o por un cito químico sugestivo de serlo) sin importar su etiología, o en presencia de pus (fase fibrinopurulenta), o cuando se asocian a neumotórax por sospecha de fístula broncopleural. En derrames plurales malignos o inflamatorios que deban ser tratados mediante pleurodesis, en hemotórax y en quilo tórax.

De este modo, en la fase organizada del empiema, el tubo de tórax como procedimiento aislado no tiene ningún papel, sin embargo, en el manejo postoperatorio de casi todas las cirugías torácicas está indicada la toracostomía cerrada con tubo. Este debe ser colocado bajo anestesia general en un quirófano, o con anestesia local pero con una precaución aséptica estricta.

Además, uno de los tratamientos a que es sometido el paciente con neumonía con derrame pleural o traumatismo toráxico, para restaurar y mantener las funciones pulmonares y crear una vía de respiración adecuada donde se logre reestabilizar la integridad de las paredes toráxicas, es el drenaje de toráxico, en este sentido, Albuquerque, E.y Andrades, J (1997), define el drenaje toráxico de la siguiente manera: “El drenaje toráxico es la extracción de aire y liquido de la cavidad Pleural mediante flujo por gravedad o succión, liquido” (Pág. 98).

Por consiguiente , el profesional de enfermería dentro de su rol, se ocupa de las necesidades que tienen los individuos de tomar medidas de

cuidado propio con el fin de ayudar al paciente a conservar la vida y salud, recuperarse de una enfermedad o lesión y hacer frente a los efectos ocasionados por los mismos , por lo tanto , una oportuna atención en el manejo de pacientes pediátricos con drenaje de tórax constituye una medida de prevención.

Al mismo tiempo, para efectos de la variable operacionalizada en el estudio, se define operacionalmente como practicas profesionales de enfermería de atención para promover la salud de pacientes pediátricos con drenaje de tórax en el hospital Dr. Jorge Lizarraga de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejerá Valencia estado Carabobo.

MANEJO DEL TUBO DE TÓRAX DURANTE EL PROCEDIMIENTO

Los tubos de toracostomia deben colocarse en las mejores condiciones de asepsia y antisepsia por el personal con experiencia en el procedimiento, observando el cuidado técnico de colocarlo sobre el borde superior de la costilla inferior del espacio que se va a utilizar y debe ser fijado con un material resistente, idealmente de calibre 2-0 o mayor, que tolere tracciones inadvertidas durante el trasporte o movilización del paciente (Hood RM, 1986).

La selección del calibre del tubo debe hacerse teniendo en cuenta el material a drenar y el tamaño del paciente. En general se prefieren tubos mas delgados para drenar neumotórax puros o derrames acuosos y tubos de

mayor calibre para el drenaje de hemotórax o empiemas de fase fibrinopurulenta. En niños se usa el mayor calibre que se ajuste al tamaño del espacio intercostal del paciente cuando se pretende drenar empiemas o hemotórax, (Patiño, J. (1994))

La selección del espacio pleural a utilizar debe hacerse teniendo en cuenta los siguientes lineamientos:

- El drenaje de líquidos debe hacerse por el espacio mas declive, sexto o séptimo espacio, son generalmente adecuados.
- En ausencia de tabicaciones un tubo de tórax bien colocado podrá drenar con igual efectividad líquidos o gases del espacio pleural sin importar el espacio intercostal utilizado.
- El espacio entre líneas asilares anterior y posterior es preferible para la introducción de tubos bajo el cuarto espacio intercostal debido a que es una zona en la que la pared torácica es más delgada.
- La colocación de tubos en las regiones posteriores del tórax debe evitarse, ya que incomodan al paciente en el decúbito y generalmente se colapsan cuando el paciente apoya la espalda.
- En presencia de tabiques plurales cualquier sitio puede ser bueno para la colocación de un drenaje si se considera que este evitará al paciente un procedimiento mayor, y la elección del sitio deberá hacerse con la ayuda de ecografía, TAC u otras alternativas diagnósticas.
- Los drenajes altos de neumotórax puros, generalmente son anteriores y aún tienen su indicación, principalmente si se usan catéteres de pequeño calibre.

En este sentido, siempre se debe realizar una radiografía de tórax inmediatamente después de colocado el tubo y se recomiendan controles cada uno a tres días según la evolución del paciente y la disponibilidad de recursos, pero sobre todo no hay que olvidar que el manejo del dolor mediante el uso de analgésicos es uno de los factores mas importantes a considerar.

Las succiones se usan entre 5 y 25 cm de agua en condiciones usuales evitando pasar de 10 cm de agua en los niños. Se prefieren succiones mayores cuando se drenan líquidos que tienden a coagularse como la sangre y el pus o en presencia de neumotórax con fístulas broncopleurales de alto flujo.

En derrames plurales la succión siempre es deseable pues facilita la más rápida evacuación del espacio pleural aún en pacientes debilitados y adoloridos con pobre esfuerzo inspira torio, lo cual disminuye la posibilidad de coagulación del fluido dentro del tórax o del sistema de drenaje.

La succión debe instalarse después de que se ha permitido el drenaje espontáneo inicial a la trampa de agua, para evitar la reexpansión demasiado rápida del pulmón que es dolorosa y puede producir tos severa y disnea. A demás el paciente debe estar hemodinámicamente estable al colocar la succión y es deseable tener la radiografía de control post tubo que muestre ausencia de desviación mediastinal (Cantor RM y Leaming JM ; 1998).

En fístulas broncopleurales, la succión debe colocarse tan alta como se requiera para lograr la expansión pulmonar y debe ajustarse para que sea la mínima necesaria para mantener el pulmón expandido favoreciendo así el adosamiento de las pleuras y el cierre de la fístula.

Por lo demás, la decisión de cuando retirar el tubo se toma en ausencia de drenaje de aire en las últimas 24 horas o cuando el drenaje de líquidos es menor de 100 a 150 cc en 24 horas. La ausencia de drenaje puede indicar que el tubo está ocluido, lo cual es indicativo de retirar el tubo, aunque generalmente se requiere colocar un nuevo tubo.

En caso de dudas respecto a la ausencia de drenaje aéreo en las últimas horas, se podrá pinzar el tubo por unas horas, al cabo de las cuales se tomará una radiografía para asegurar que no se reproducirá el neumotórax al retirar el tubo. Esta oclusión nunca debe hacerse cuando haya evidencia clara de un drenaje activo.

Igualmente, la presencia de enfisema subcutáneo puede sugerir que el drenaje torácico es insuficiente y deberá mejorarse mediante el aumento de la succión o colocación de un segundo tubo, o que uno de los orificios del tubo está a nivel de la pa red del tórax, caso en el que se deberá cambiar el tubo.

INTERVENCION DE ENFERMERIA ANTES, DURANTE COLOCAR UN TUBO DE TORAX

Aunque la colocación y manejo del tubo de tórax debe ser un acto principalmente médico, el personal de enfermería que esta en contacto directo con los pacientes a quienes se les ha colocado un tubo de tórax, deben tener conocimiento de lo anteriormente dicho, ya que ello les permitirá advertir cuando algo no es normal o está fuera de lo esperado para avisar al médico de manera inmediata, iniciandose medidas de urgencia para mantener las vías aéreas y la respiración antes de que se ponga en peligro la vida del paciente, sobre todo en el área pediátrica .

INTERVENCION ANTES DE COLOCAR EL TUBO DE TORAX

En concordancia con lo antes dicho, los cuidados de enfermería para este tipo de pacientes incluye diferentes intervenciones, pero la prioridad va a estar dirigida a preparar psicológica y físicamente al paciente y sus familiares inmediatos antes, durante y después del procedimiento, lo cual incluye en los casos que es posible, la explicación del procedimiento, la respuestas a sus interrogantes.

Ahora bien, el control de las respuestas de los pacientes durante y después el procedimiento incluye observar posibles signos de dolor, ansiedad o descompensación respiratoria, controlar signos vitales, ruidos respiratorios y saturación de oxígeno. La valoración después del procedimiento incluye el observar posibles complicaciones del

procedimiento y medicar a los que presentan algún tipo de malestar (Dettenmeier PA, 1992).

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE LA COLOCACIÓN DE UN TUBO DE TÓRAX

Patiño, J. (1994) consideran que el drenaje toráxico "Es la colocación de un drenaje en la cavidad pleural para garantizar la evacuación permanente de un derrame pleural liquido o gaseoso" (Pag 954). Mientras que el diccionario Médico Mosby (1997), señala:

> El drenaje toráxico o traqueocentesis se efectúa mediante una punción con un trocar especial que se introduce asta alcanzar la cavidad pleural, al fin de evacuar el liquido o aire allí acumulado drene, el sitio para la inserción de la sonda debe ser uno que este lejos del pulmón adherente. Por lo general se prefiere el II o III espacio intercostal anterior en la línea medio clavicular, o en el IV o V espacio intercostal en la línea medio asilar para con ello asegurar el punto óptimo. Cuando se efectúa una evacuación precisa y lenta, se conecta el catéter introducido en el espacio pleural a un sistema de drenaje en la inserción de un catéter (p. 423).

Al respecto, Weisberg D y Refaely Y. (2000), refieren "que hay que tener en cuenta las múltiples causas y las características de lo que ocupa el espacio pleural para decidir cuando está indicado el drenaje de tórax".

Los neumotórax espontáneos, ya sean primarios o secundarios, deben drenarse siempre que el paciente no pueda ser observado o vaya a ser

sometido a presión positiva en la vía aérea; cuando se asocien a disnea y/o hipoxemia o cuando su tamaño sea mayor del 20 por ciento, si el paciente puede observarse, y en los que se observan, cuando las radiografías seriadas muestren que está aumentando; en la mayoría de los casos el drenaje suele hacerse mediante un tubo de toracotomia.

En derrames pleurales, el drenaje mediante tubo estará indicado en presencia de exudados que sugieran ser empiemas no tuberculosos (por presencia de bacterias o por un cito químico sugestivo de serlo) sin importar su etiología, o en presencia de pus (fase fibrinopurulenta), o cuando se asocian a neumotórax por sospecha de fístula broncopleural. En derrames plurales malignos o inflamatorios que deban ser tratados mediante pleurodesis, en hemotórax y en quilo tórax.

En la fase organizada del empiema, el tubo de tórax como procedimiento aislado no tiene ningún papel, sin embargo, en el manejo postoperatorio de casi todas las cirugías torácicas está indicada la toracostomía cerrada con tubo. Este debe ser colocado bajo anestesia general en un quirófano, o con anestesia local pero con una precaución aséptica estricta.

A tal efecto, para la colocación de un drenaje de tórax es necesario conocer abiertamente el equipo que se requiere como es material medico quirúrgico: gasas, antisépticos (betadine), bisturí, inyectadotas, adhesivo, sonda con trocar, sonda de conexiones, anestesia local, bata quirúrgica, tapa boca, gorro, trampa de agua, pleurubac, agua, bolsa recolectora, sistema de

Bentley von (de una sola botella), así como mantener el control de los signos vitales antes, durante y después de la colocación y vigilar el patrón respiratorio.

Lo anteriormente referido, es de gran ayuda para este estudio, ya que proporciona conocimientos claros de como es colocado un drenaje toráxico quedando en evidencia que esto es un procedimiento netamente médico pero que el personal de enfermería esta involucrado directamente ya que es el motor principal para que estos procedimientos sean llevados al éxito.

Cabe destacar que evidentemente estos procedimientos amerita de un personal especializado bien capacitado y con amplio conocimiento sobre pacientes con complicaciones respiratorias, a los cuales se les debe colocar drenaje de tórax, es por ello que los profesionales de enfermería deben actualizarse cada día sobre estos procedimientos, ya que este tipo de paciente depende estrictamente de enfermería para realizarse los cuidados.

SISTEMAS DE DRENAJE Y SUCCION PLEURAL

Existen varios equipos o sistemas de drenaje y succión pleural disponibles en el mercado, pero dentro de ellos los más frecuentemente empleados son:

a) Tipo Gomko: es un aparato portátil de succión torácica que se emplea en el traslado de los pacientes entre las salas de cirugía, UCI o habitaciones de hospitalización y para situaciones de emergencia cuando se presenten

fallas en el sistema de succión central, pero no en forma permanente ya que son ruidosos y producen incomodidad al paciente. Esos sistemas ameritan que todos los recipientes deban estar debidamente esterilizados, y los frascos deben permanecer en sus canastillas de ruedas, para su fácil manejo al pié de la cama o durante el trasporte del paciente.

b) Unidad desechable de drenaje torácico: Comercialmente se encuentran disponibles unidades estériles desechables de plástico, específicamente construidas para succión torácica (pleurovac, pleura-Guard etc). Son costosas pero extremadamente prácticas y evitan las confusiones y la complejidad relativa del proceso de esterilización y conexión implícitas con los sistemas de frascos.

La unidad desechable equivale al sistema de tres frascos y tiene tres cámaras: una que se conecta al tubo de tórax y sirve como reservorio de recolección y tiene capacidad hasta 2500 cc, la segunda cámara es el sello de agua, análoga al segundo frasco, controla la dirección del flujo de la succión entre el paciente y la cámara de recolección, pero no en sentido contrario. La tercera cámara es la reguladora de la magnitud de la succión y corresponde al tercer frasco.

Para el trasporte del paciente basta desconectar el equipo de succión central y éste queda automáticamente en la modalidad de sello de agua, en virtud de la válvula de una sola vía presente en la unidad.

c) Drenaje bajo agua (sello de agua, trampa de agua) sin succión: es el sistema más sencillo; puede ser instalado en cualquier lugar, con los frascos

al lado de la cama del paciente, siempre ubicados en su carro móvil a un nivel inferior (sobre el piso) y debidamente asegurados para evitar voltearlos accidentalmente. Pueden utilizarse uno o dos frascos, pero de preferencia dos, para mayor seguridad.

El sello de agua con un frasco, contiene un volumen determinado de agua estéril, que es registrado y marcado sobre un mismo frasco. La punta del tubo se conecta con el tubo de tórax del paciente a dos centímetros bajo el nivel del agua.

Los métodos antes mencionados requieren en su uso ciertas precauciones generales que deben ser consideradas:

a) Todos los sistemas deben ser provistos de paquetes estériles, con sus respectivos tubos y conectores de tamaños, calibres y longitudes precisas y adecuadas.

b) Permanentemente debe estar disponible, con el sistema de succión torácica un equipo de clampeo para ocluir el sistema.

c) Nunca debe evacuarse el agua del frasco de sello de agua, y tampoco elevar el sistema por encima del nivel del tórax del paciente.

d) Si hay burbujeo por escape de aire dentro del tórax del paciente (neumotórax o fistula broncopleural), nunca debe ocluirse el sistema, pues el neumotórax aumentará y se convertirá en neumotórax a tensión. Debe recordarse que si se presenta una falla eléctrica o de succión, en una de las tres botellas del sistema existe el sello de agua, el cual sigue operando aún sin succión.

e) El tubo de conexión entre el tubo intrapleural y el sistema debe permanecer al mismo o inferior nivel del tórax del paciente, con el fin de no aumentar la resistencia del sistema.

f) La oscilación del líquido de drenaje en el interior del tubo permite verificar la funcionalidad del sistema; la oscilación es normalmente de cinco centímetros; una oscilación mayor puede ser indicativa de fístula broncopleural, y la ausencia de oscilación indica obstrucción del tubo.

g) La movilización o trasporte del paciente a un lugar distante, debe hacerse colocando el sistema "a trampa de agua", nunca con el sistema cerrado, por el peligros de producir neumotórax a tención.

h) Un sistema de succión pleural debe estar permanentemente bajo el cuidado y la supervisión de personal de enfermería idóneo, con conocimientos y experiencia. El descuido puede dar origen a accidentes muy graves con consecuencias letales potenciales.

INTERVENCION DE ENFERMERIA DESPUES DE LA COLOCACION DEL TUBO DE TORAX

Curas:

De acuerdo a Potter, P y Perry, A, (1.996), la cura " es una técnica que favorece la formación de tejido de cicatrización en cualquier herida hasta conseguir su remisión" (Pág 2). La curación puede ocurrir de las siguientes maneras:

- Curación por primera intención: Se desarrolla bajo las siguientes condiciones:

- Borde de la herida liso, estrechamente alineados
- Herida limpia, sin cuerpos extraños, tejido esfacelado o neurótico ni signos de infección ni signos de infección.
- Técnica aséptica , por lo que debe usar material Tejido de granulación crece rápido
- Si el paciente no tiene patologías asociadas, la cicatriz formada debería ser estética, delgada y difícilmente visible como por ejemplo: heridas quirúrgicas, o las producidas por objetos o bordes afilados.

- Curación por segunda intención:

Los grandes defectos en el tejido no pueden curarse por primera intención, cerrándose espontáneamente sin un cierre mecánico. El defecto se llena gradualmente de tejido de granulación. Los procesos de reparación son los mismos que el proceso por primera intención, pero más costosos y toman mayor tiempo. En este caso deja una extensa cicatriz ahuecada, estéticamente insatisfactoria que con frecuencia causa un deterioro de la función. La curación por segunda intención ocurre en caso de:

- Herida abierta con borde lacerado.
- Herida con grandes defectos que no pueden cubrirse con injertos de piel.
- Perturbaciones tróficas externas.

- Heridas muy exudativas.
- Cuerpos extraños difíciles de remover de la herida.
- Herida infectadas que se han sometido a un cierre por primera intención.

METODOS DE CURACION:

Existen dos tipos de curación : tradicional y no tradicional.

- Curación tradicional: En el año 60 está curación correspondía a aquella realizada con ambiente seco. Actualmente la curación tradicional corresponde a la limpieza diaria con suero fisiológico, Ringer lactato o agua destilada, dejando como cobertura un oposito pasivo.

- Curación no tradicional: La limpieza se efectúa igual que en la curación no tradicional, pero se deja como cobertura un oposito interactivo, bioactivo o mixto. La frecuencia de curación depende de las condiciones de la herida.

En este sentido, Patiño, J. (1994), señala pautas para realizar el cuidado de heridas quirúrgicas, las cuales se consideran pertinentes para su referencia. Plantea el autor que el objetivo de este es “ reducir las infecciones del lugar de la intervención quirúrgica ” (p.79). En los preparativos para llevarlo a cabo se debe contar con lo siguiente: El personal de enfermería, carro de curas y de equipo estéril para curas (Pinzas de disección con dientes, pinza de disección sin dientes, pinzas de

kocher, tijeras, antiséptico yodado o clorhexidima al cinco por ciento, suero fisiológico, apósitos estériles según requieran, gasa, compresas de curas, recipiente para recogida de residuos, guantes estériles y mascarilla en caso necesario).

Por otra parte, se tiene al paciente, al cual, de acuerdo al autor, se le debe: explicar lo que se le va a realizar, con el fin de conseguir su tranquilidad y colaboración y colocar al paciente en una posición cómoda.

PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR UNA CURA

- Lavarse las manos.
- Colocarse los guantes.
- No tocar la herida con las manos.
- Limpiar con suero fisiológico bordes de la herida hacia fuera.
- Aplicar solución antiséptica.

En las curas de las heridas, se deben considerar de relevancia las técnicas de asepsia y asépticas, entre ellas la más importante es:

LAVADO DE MANOS ANTES, DURANTE Y DESPUES

Al respecto indica Krasner .D, " es una de las prácticas de antisepsia más importante, ya que las manos son el principal vehículo de contaminación exógena de la infección nasocomial " (p. 5). Las bacterias

presentes en la piel se encuentran principalmente en la capa córnea, pero también pueden estar presentes en otros estratos e incluso en los conductos y glándulas sudoríparas. Estas bacterias que viven en profundidad y que solo comienzan a ser eliminadas después de 15 minutos de enérgico cepillado, determinan que sea imposible esterilizar la piel sin destruirla .

TIPOS DE LAVADO DE MANOS

1.- Lavado de manos higiénico: Se realizan con agua y jabón neutro, durante un tiempo que varia según los autores, desde 20 segundos hasta los dos minutos y a continuación aclarando el secado se debe realizar con toalla de papel .Este lavado se realizará con frecuencia , en general antes, después de entrar en contacto con cada paciente y especialmente siempre que se den las siguientes circunstancias :

- Antes y después de atender a pacientes.
- A la salida de la habitación del paciente.
- Antes y después de manipular vendajes, curas, realizar curas, manipular sondaje urinario, aspirar secreciones bronquiales etc.

2.- Lavado de manos quirúrgicos: Está indicado en la realización de prácticas o curas quirúrgicas o instrumentales especificas, se utilizan antisépticos.

El lavado de manos es un tema ciertamente importante, e incluso un editorial del Britis Medical Jounal señalo: lo infrecuente y lo

esporádico que es el lavado de manos entre los profesionales. Aunque los médicos estiman que se lavan las manos antes de inspeccionar a un paciente en un 73 por ciento de las ocasiones , la frecuencia observada es de solo 9 por ciento. Además existe una revisión sistemática sobre el lavado de manos que demuestra cómo cumplimiento de esta medida puede reducir en más de un 50 por ciento las tasas de infección.

CONTROL DE SIGNOS VITALES

Son todos los registros visuales que se le realizan a un paciente como son: Temperatura, pulso, respiración tensión arterial, saturación de oxígeno.

El diccionario Mosby (1997), refiere que temperatura, "es la medida relativa del calor o frío, o bien la medición del calor asociado al metabolismo del cuerpo humano" (p. 1.204).

Asimismo define respiración, como " el proceso de intercambio molecular de oxígeno y dióxido de carbono en el sistema pulmonar " (Pág 1113).Igualmente dice que pulso, "es un movimiento vibratorio rítmico, onda electromagnética breve o bien la expansión y contracción repetida y regular de una arteria producida por las ondas de la presión provocadas por la eyección de la sangre del ventrículo izquierdo durante la sístole cardiaca " (Pág. 1067).

Por otra parte, Jquevauvilliers L. Prlemuter (1997), define tensión arterial como “ la medición de manera indirecta , la presión de la sangre en el interior del sistema arterial” (p. 803).

En el mismo sentido, Lindad.Urden, Marleny .Lough y Kathleen M (1.999), refieren que saturación de oxígeno “es una medida de la cantidad de oxígeno unido a la hemoglobina comparado con la capacidad máxima de la hemoglobina para unirse al oxígeno, se registra como un porcentaje, siendo normal un valor superior al 95 por ciento en aire ambiente, el nivel de SaO2 no puede alcanzar el 100 por ciento (con aire ambiente) por la desviación fisiológica normal, sin embargo cuando se administra oxígeno suplementario, el nivel de SaO2 está tan cerca de un 100 por ciento (Pág 237).

De igual forma, el hombre en su diario vivir, busca la satisfacción de sus necesidades físicas y emocionales que le producen su equilibrio; que al verse interferidas y no poderlas satisfacer por sí mismo busca la ayuda de personal de salud especializado; y es allí donde la enfermería entra a jugar un papel importante para satisfacer dichas necesidades. Vouri, citado por Quiroz (1.997) sostiene que:

> La satisfacción del paciente es un pre-requisito, para llevar a cabo objetivos de cuidados de salud. Los pacientes son capaces de evaluar la calidad de los cuidados recibidos, pues prestan atención a todos los aspectos del cuidado y aún con dificultades metodológicas es posible asegurar al paciente una verdadera satisfacción. La opinión de los pacientes con respecto ala satisfacción y la calidad de los cuidados,

> aún cuando sea parcial o total, debe ser tomada en cuenta, y las enfermeras profesionales deben interpretar como indicador la calidad de los cuidados brindados a un paciente, su sentir, sus opiniones, sus sugerencias, a fin de favorecer los sentimientos de satisfacción del paciente. (Pág. 32).

En consecuencia, un paciente que se siente satisfecho por los cuidados recibidos por enfermería, participa de manera activa en su tratamiento y por ende evoluciona su recuperación. Al respecto Pepper y Griffith citado por Bolívar (2003), definen la satisfacción del paciente como: "La razón o acción con que se sosiega una queja o sentimiento de un paciente". (Pág 49). En este sentido, el paciente siente satisfacción cuando se le brinda atención a sus necesidades de manera óptima y oportuna la cual manifiesta de manera verbal o expresiva.

De esta manera, la autora considera que la enfermera a través de sus cuidados ayuda al paciente a recuperar su salud, haciéndole partícipe en la satisfacción de sus necesidades. En este sentido, Phaneuf (1993), refiere que "una necesidad fundamental, es una necesidad vital esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente" (Pág 18).

Por lo antes expuesto, se puede decir que las necesidades fundamentales son los requerimientos que tiene el hombre para mantenerse y conservarse en su equilibrio constante, tanto a nivel corporal como mental y social. Así mismo Betancourt (1.995), cita a Maslow donde expresa que

en las necesidades fundamentales se fortalece la satisfacción de las necesidades más elevadas; y que si no son satisfechas totalmente las necesidades físicas, no está completa la base de las necesidades superiores y por ende pueden ser desplazadas por necesidades de un nivel inferior.

Las necesidades deben ser satisfechas desde su nivel inferior, como lo son las necesidades fisiológicas importantes para la supervivencia y que al no estar completamente satisfechas no se podrán satisfacer las necesidades del siguiente escalón. Al respecto, diferentes teóricos han estudiado las necesidades humanas entre ellos Maslow, citado por Castillos y Piña (1.996, donde señala que Abraham Maslow describió las necesidades humanas en cinco niveles: fisiológico, seguridad, social, estima y autorrealización.

El autor antes citado, indica que el paciente avanza hacia el nivel superior de la jerarquía, cuando intenta satisfacer sus necesidades; por lo cual las necesidades fisiológicas son las más importantes para él que las demás. Por lo tanto, cuando no puede satisfacer las necesidades básicas, se siente incapaz de afrontar las necesidades del nivel superior.

Del mismo modo, Kozier Barbara y Cols (1.992), señala la adaptación realizada por Richard Kalish a partir de la jerarquía de las necesidades de Maslow donde las enumera de la siguiente forma:

1. Alimentación, aire, agua, temperatura, descanso, mitigación del dolor.

2. Sexo, actividad, exploración, manipulación, novedad.
3. Seguridad, firmeza, protección.
4. Amor, pertenencia.
5. Estima, autoestima.
6. Autorrealización. (P. 166).

Es por ello que, cuidado, es considerado como las intervenciones brindadas al ser humano con el objetivo de buscar la recuperación del equilibrio de las funciones corporales del paciente a través de las acciones de enfermería. Al respecto, Leininger citada por Marriner A, (1.994), define a Enfermería como:

> Un arte humanístico y una ciencia que se centra en las conductas de asistencia personalizada (individuales o de grupo), sus funciones y losprocesos dirigidos a la promoción y mantenimiento de las conductas sanitarias o la recuperación de la enfermedad; y que tiene una significación o un significado físico, psicocultural y social para los que son atendidos, generalmente por un enfermero(a) profesional u otra persona con competencias similares (P. 431).

De manera que, la esencia de la enfermería se basa en sus conocimientos, sobre las ciencias humanísticas, fisiológicas y sociales por la búsqueda del fomento, mantenimiento y restablecimiento de la salud, guiándose a través de los principios éticos. El profesional de enfermería ayuda de manera directa al paciente a recuperar la salud durante el proceso de curación y dirige los cuidados integrales de este, mantiene un ambiente seguro, se encarga de prevenir lesiones y protege al paciente de posibles

complicaciones se encarga de su rehabilitación para que enfrente los cambios asociado con su enfermedad a la discapacidad.

Al respecto, Balderas M (1995) refiere que “la enfermería es el resultado de la evaluación incluye trabajo y mantener en condiciones optima al individuo, para así ayudar al paciente a conservar la vida y la salud o recuperarse de una enfermedad o lesión y hacer frente a los efectos ocasionales por la misma” (P. 23).

Bajo este punto de vista, las enfermeras en el cumplimiento de su rol puede ejercer dos tipos de funciones: Las propias y las derivadas, las propias, son definidas por Iyer (1998), como “Las funciones ejecutadas sobre la base de la responsabilidades de su área compromiso, no existiendo otro trabajador que pueda llevarla a cabo”.

Igualmente, define dicho autor las funciones derivadas, como “ las que asume por delegación de otros profesionales, con los que tanto miembros del equipo de salud, e igualmente si por necesidad del momento, realiza unas acciones que no pertenezcan a su función especifica ” (P. 126).

Por otra parte, la confusión entre funciones propias y derivadas ha sido uno de los principales motivos que retraso el desarrollo de la enfermería, pues el personal de enfermería ha centrado su trabajo e interés profesional en la adquisición de técnicas especificas intentando acrecentar sus conocimiento. En el área de Medicina, con fines de diagnóstico y

tratamiento lo que ha desviado la atención de su objetivo principal. El individuo y la comunidad en situaciones de salud o Enfermedad.

Así mismo, la falta de claridad al considerar sus acciones prioritarias han conducido en numerosas ocasiones a las enfermeras a conflictos de trabajo con otros profesionales que consideraban lesionados su campo específico de actuación. Estos problemas no tendrían razón de ser si la definición de funciones de cada categoría Profesional fuese correcta de competencia en la práctica Profesional.

FISIOTERAPIA

Por otra parte, el personal de enfermería debe insistir al paciente para que realice todos los ejercicios para evitar complicaciones posteriores. Para ello deberá realizar

- Inspirómetro volumétrico. Deberia instruirse por el fisioterapeuta antes de la intervención y realizarle una medición basal para tenerla de referencia. Despues de la intervención es conveniente que realice entre 5 ó 10 inspiraciones cada hora. El Inspirómetro volumétrico esta indicado solo en neumectomias.
- Inspirometros de flujo El resto de pacientes con drenaje torácico utilizaran los inspirómetros de flujo(bolitas)
- Levantara los brazos en dos ángulos diferentes todo lo posible lo realizara varias veces por turno y desde el primer día.

- Ejercicios respiratorios de proyección de aire sobre distintos puntos donde se va poniendo la mano. Este ejercicio se realizara dos veces por turno.

REGISTRO

Igualmente, enfermería debe observar todo lo referente al drenaje torácico como color y aspecto. Si burbujea o fluctúa sello de agua etc..

HIGIENE Y CONFORT

Otro de los Cuidados que la Enfermera proporciona a los pacientes hospitalizados con drenaje de torax, es la higiene y el confort, manteniéndole un ambiente agradable, seguro y cómodo, además de realizarle la higiene corporal, ya que estar limpio y aseado es una necesidad del ser humano, lo que le permite tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que esta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvos, bacterias, etc. En tal sentido Riopelle (1993) señala que la piel tiene un papel muy importante a realizar en el organismo, ya que es la encargada de regularizar la temperatura corporal, participar en la eliminación de residuos (sudor, etc.) refleja el equilibrio electrolítico del organismo y transmite la sensación térmica, de tacto, de presión y de dolor.

De ahí que, satisfacer la necesidad de la higiene y el confort, sean fundamental para el mantenimiento y restablecimiento de la salud de los pacientes hospitalizados, pues la piel es la primera línea de defensa contra las infecciones y las lesiones de los tejidos, además, las personas se sienten

mejor cuando están frescas y limpias, por eso muchos que no han podido descansar, duermen muy bien después de un baño relajante. En tal sentido Kozier (1993) señala que "la higiene personal es el cuidado que la gente toma sobre sí misma en consideración de su salud; es un asunto altamente individual vinculado con los valores y las prácticas personales"(Pág. 538)

CONTROL DE LIQUIDOS INGERIDOS Y ELIMINADOS

El agua es el componente más importante de nuestro organismo. En lactantes la cantidad de líquidos en la superficie corporal es del76% del peso corporal, pero esta agua se va perdiendo conforme la persona se va haciendo más mayor, en el adulto el agua está en un porcentaje del 60% del peso corporal.

Para mantener un buen estado de salud ha de existir un equilibrio entre el agua que entra en nuestro organismo y el que sale. El balance se determina midiendo la cantidad que el paciente ingiere y elimina en 24 h.

Por otro lado, el balance positivo es cuando el volumen de líquidos ingeridos es mayor que el eliminado, y el negativo cuando el volumen de líquidos ingeridos es menos que los eliminados.

Ahora bien, Las entradas de un líquido en nuestro organismo puede hacerse por Alimentos: normalmente los alimentos sólidos ingeridos en un día suelen aportar unos 1000cc de líquidos. Bebidas: se suelen aportar unos

1200 cc al día. Producción endógena de agua: como consecuencia de las reacciones metabólicas que se producen en el organismo. Líquidos perfundidos: Son líquidos administrados por cualquier otra vía que no sea la oral, la más común suele ser la parenteral.

Del mismo modo, las pérdidas de líquidos se suelen producir por: Diurésis, es decir por la orina eliminada, se suele eliminar unos 1400cc al día. Sudor y respiración, pero es difícil un control exacto, el sudor suele representar una pérdida de 400 cc al día y la respiración unos 400 cc al día. Vómitos, dependiendo de las características y de la cantidad. Heces, suelen perderse unos 150 cc. al día. Hemorragias, dependiendo de la cantidad de sangre perdida. Las pérdidas por respiración y sudor suelen ser constantes en el día salvo si cursan con algún proceso patológico.

En este sentido, los líquidos que hay que aportar a un organismo en condiciones normales oscilan entre 2.300 y 2.400 cc al día. Por eso es importante que se tenga un control del líquido ingerido con recipientes graduados.

Se debe hacer un sumatorio de todas las entradas de líquidos que haya tenido el paciente, tanto de forma oral como perfundida. Se sumarán lo anotado en todos los tunos para hacer un control en las 24 h. El organismo elimina un volumen de líquidos que oscila entre 2.300 y 2.600 cc. Al día en condiciones normales.

Igualmente, deben medirse todas las pérdidas de líquidos que hemos citado anteriormente además de lo excretado por los drenajes quirúrgicos. Se procede de igual manera, se suman todas las pérdidas de los diferentes turnos para controlar las pérdidas en un día.

VIGILANCIA DE LOS SIGNOS DE ALARMA

Aparte de las atenciones propias hacia cualquier enfermo grave, en presencia de un paciente con drenaje torácico el profesional de enfermería debe vigilar estrechamente si hay presencia de Disnea y/o taquipnea, Ansiedad , Dolor torácico , Auscultación de sonidos respiratorios, Apósito manchado, Fuga aérea objetivada en el sistema de drenaje, Fiebre o febrícula, Cantidad y calidad del drenado, Enfisema subcutáneo, Control radiográfico

BASES LEGALES.

El presente trabajo encuentran sus fundamentos legales en la constitución de la República Bolivariana de Venezuela de (1999), en los siguientes artículos:

Artículo 75: el cual refiere que:

> El Estado protegerá a las familias como asociación natural de la sociedad y como el espacio fundamental para el desarrollo integral de las personas. Las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes, la solidaridad, el esfuerzo común, la comprensión mutua y

el respeto recíproco entre sus integrantes. El Estado garantizará protección a la madre, al padre o a quienes ejerzan la jefatura de la familia.

Artículo 83:

La salud es un derecho social fundamental, obligatorio del estado que le garantiza, como parte del derecho a la vida, el estado promoverá y desarrollará políticas orientada a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios, todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa y el de cumplir con las medidas sanitarias y el saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la Republica.

Este artículo guarda relación con la investigación ya que define los derechos a la protección de la salud y medidas de protección con la que deben contar todos los individuos, en instas de mejorar la calidad de vida y el correcto desarrollo dentro de la sociedad.

Artículo 84.:

El Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, Integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y

> servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

El artículo antes mencionado, guarda relación con el trabajo en curso, porque garantiza que la salud no debe ser privatizada. Por otro lado, otros de los basamentos legales del presente estudio está representado por la Ley orgánica para la protección del niño y los adolescentes, titulo II. Derechos, Garantías y Deberes, que establece:

Artículo 41, **parágrafo primero:** "El estado debe garantizar a todo los niños y adolescentes acceso universal e igualitario a planes, programas, y servicios de prevención, promoción, protección tratamiento y rehabilitación de la salud".

Por consiguiente, este artículo beneficia a los niños y adolescentes ya que les garantiza servicios de salud de carácter gratuito especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación.

2.3 SISTEMA DE VARIABLES

Las variables del estudio vienen tratadas por los objetivos específicos, es de gran importancia en este punto realizar su identificación y clasificación para posteriormente dar su definición conceptual, dependiendo esto de las características que corresponde en este punto del estudio identificarlas y clasificarlas de acuerdo a sus aspectos mas resaltantes a fin de determinar sus propiedades, por esta razón las variables constituyen un aspecto de gran relevancia debido a que en ellas se determinar los atributos cambiantes que serán estudiados.

VARIABLE : Práctica de enfermería en los pacientes pediátricos con drenaje de tórax.

Definición conceptual: Según Potter, P. y Perry, A, (1996), la defina como el diagnostico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud actuales o potenciales (Pág. 13)

Definición operacional: Son los cuidados de enfermería que se le proporcionan a los niños con drenaje toráxico.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

Variable: Practica de enfermería en los pacientes pediátricos con drenaje de tórax.

Definición operacional: Son los cuidados de enfermería que se le proporcionan a los niños con drenaje toráxico.

DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES	ITEMS
Cuidados de Enfermería: Son las diferentes acciones que le proporciona la enfermera al paciente pediátrico para su bienestar y pronta recuperación.	**Intervenciones después del procedimiento:** Son los cuidados que le brinda la enfermera al paciente pediátrico después del drenaje de tórax.	Precauciones estándar	1,2
		* Control de signos vitales.	3,4,5,6,7
		* Control de líquidos eliminados.	8
		* Vigila signos de alarma	9
		* Realización de cura del catéter.	10
		* Realización de higiene y confort.	11,12
		* Fisioterapia Respiratoria	13,14,15
		* Vigilar funcionamiento del sistema de drenaje.	13,14,15,16,17,18, 19,20

CAPITULO III

DISEÑO METODOLOGICO

En el presente capitulo se describe el diseño de la investigación, tipo de estudio, población, muestra, métodos e instrumentos para la recolección de datos, validez y confiabilidad, procedimiento para la recolección de información y técnicas de análisis de datos.

Al respecto Pineda, E.; Alvarado, E. y Canales, F. (1994) Dicen: “En general se puede afirmar que el diseño metodológico es la descripción de cómo se va a realizar la investigación. (P.77).

Por lo anterior expuesto por los autores se puede decir que el diseño metodológico es la acción que permite utilizar estrategias para dar respuestas a la investigación.

3.1.-DISEÑO DE LA INVESTIGACIÒN.

En el diseño de la investigación se estudiaran los elementos que servirán para su selección. Al respecto Pineda, E.; Alvarado, E. y Canales, F. (1994), refieren que “Es el esquema general o marco estratégico que le da la unidad y coherencia, secuencia y sentido practico a todas las actividades

que se emprenden para buscar respuestas al problema y objetivos planteados (P.80).

La investigación corresponde a un diseño no experimental ya que en esta investigación se observan los hechos como ocurren en la realidad. Según Balestrini, M. (1998.) como "...aquellos donde se observan los hechos estudiados tal como se manifiestan en su ambiente natural, y en este sentido, no se manipulan de manera intencional las variables" (Pág. 118);.

3.2. TIPO DE ESTUDIO

La investigación corresponde al tipo de estudio descriptivo, al respecto Pineda, E.; Alvarado, E. y Canales, F. (1994) señalan en cuanto a los estudios descriptivos que "Son la base y punto de inicio de los otros tipos de estudio y son aquellos que están dirigidos a determinar "como es" o "como esta", la situación de las variables que se estudian en una población (Pág. 82).

En este sentido, se dice que es de tipo descriptivo, ya que se desea determinar la práctica del profesional de enfermería en los cuidados de pacientes pediátricos con drenaje de tórax en el hospital Dr. Jorge Lizarraga de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera Valencia estado Carabobo año 2007.

3.3 POBLACION

La población, que según Pineda, E.; Alvarado, E. y Canales, F. (1994) “Es el conjunto de individuos y objetos de los que se desea conocer algo en una investigación ” (P. 108), en esta investigación estará representada por todas las enfermeras que laboran en los diferentes servicios del Hospital Dr. Jorge Lizarraga de la Ciudad de Valencia, desde Enero a Junio del año 2007, que son un total de (181 enfermeras).

3.4 MUESTRA

La muestra, que según definición de Balestrini, M,(1998), “ es una parte representativa de la población, o sea, un número de individuos u objetos seleccionados científicamente, cada uno de los cuales es un elemento del universo ” (p.126), en este trabajo se selecciono la muestra aplicando el tipo probabilístico, mediante el muestro aleatorio simple, ya que según esta autora, en este tipo de muestra todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos, y estará conformada por el 30 por ciento de la población mencionada, es decir, 54 enfermeras.

3.5 METODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Como parte del diseño metodológico se integran los métodos y las técnicas de la investigación, así como el instrumento que se utilizara, de acuerdo a Pineda, E.; Alvarado, E. y Canales, F. (1994) "El método es el medio o camino a través del cual se establece la relación entre el investigador y el consultado para la recolección de datos se cita la observación y la encuesta" (P125).

El instrumento que se utilizo para recoger los datos e información de la investigación fue una guía de observación que consistió en una lista de preguntas cerradas cuya respuesta dicotómicas fue "si" o "no", las cuales estan referidas a la intervención que realiza la enfermera después de aplicar el procedimiento referido al drenaje de tórax en el paciente pediátrico.

3.6 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Posterior a su elaboración, el instrumento fue sometido a juicio de expertos en metodología y contenido. Al respecto, (1994) Afirma "La validez es otra característica importante que deben poseer los instrumentos de medición, entendida como el grado en que un instrumento logra medir lo que se pretende medir" (P140) Tres (3) expertos validaron el instrumento, a

saber: 2 Enfermeras Docente en Metodología de la Investigación y 1 Enfermera Medicina Critica Pediátrica.

En este mismo orden de ideas Pineda, E.; Alvarado, E. y Canales, F. (1994) define: “La confiabilidad es la medición, o si como a la consistencia o estabilidad de la medición en diferentes momentos (P.139). Se dice que un instrumento es confiable si se obtiene medidas o datos que representen al valor real de la variable, que se esta midiendo. Para determinar la confiabilidad se aplico una prueba piloto a una población de 10 enfermeras, con características idénticas a la población del estudio que laboran en el hospital Dr. Jorge Lizarraga de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera.

El procedimiento que se realizo para determinar la confiabilidad fue Medida de estabilidad (confiabilidad por test-retest, en este procedimiento un mismo instrumento de medición (o ítems o indicadores) es aplicado dos o mas veces a un mismo grupo de personas, después de un periodo de tiempo. Hernández, Roberto y otros Metodología de la Investigación México McGraw-Hill 1991. Pág 249.

3.7 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACIÓN

Para la obtención de la información se procedió en primer lugar a informar mediante una carta a la supervisora del área de Pediatría y al Área de Docencia e Investigación de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" sobre el estudio a realizar a fin de obtener su consentimiento firmado para efectuar el mismo.

Posteriormente, se aplico un instrumento tipo guía de observación con alternativas de respuestas dicotomicas (Si – No) estructurado en dos partes la primera se referirá a datos demográficos y la segunda parte sobre las Practicas de enfermería en los pacientes pediátricos con drenaje de tórax en las diferentes áreas del hospital, excepto en el área de neumonologia pediátrica y la UCI del hospital Dr. Jorge Lizarraga de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Se realizo en los turnos de 7/1 pm, 1/7 pm, 7/7am, en los servicios donde se encontraban los pacientes con drenaje de tórax, se realizo una sola observación de forma directa a cada enfermera en los diferentes turnos.

3. 8 TÉCNICAS DE ANALISIS DE DATOS

Según, Pineda, E.; Alvarado, E. y Canales, F. (1994). "El plan de tabulación consiste en determinar que el resultado de las variables se

presentaran y que relaciones entre las variables de estudio necesitan de ser analizada como al fin de dar respuesta al problema y al objetivo planteado” (Pág 157).

Los datos recogidos a través de la guía de observación se procesaron mediante la aplicación de técnicas estadísticas y la tabulación de los mismo usando las técnicas de series estadísticas básicas, organizándose los datos y agrupándose en función de las respuestas emitidas y porcentajes obtenidos para luego ser graficadas para su análisis e interpretación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

Una vez recolectados los datos, luego de la aplicación del instrumento a la muestra seleccionada se procede al análisis y organización de los mismos mediante el procedimiento de tabulación y gráfico de los resultados. De esta manera se interpretaron y analizaron las respuestas de cada una de las interrogantes, y así posteriormente llegar a las conclusiones generales de la investigación realizada. Luego de la realización del análisis y las conclusiones antes mencionadas se dará paso a la cual cumple con el objetivo general del trabajo especial de grado.

PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Para la realización de la análisis de datos se hizo necesario considerar el aspecto cualitativo y cuantitativo empleando, tanto los análisis como las tablas de frecuencia y posteriormente los porcentajes por el tamaño de la muestra.

Además, a cada uno de los items contenido en la guía de observación se analizo tal como se muestra a continuación, mediante los gráficos, haciendo una conversión de unidad frecuencia a porcentaje.

CUADRO Nº 1

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y PORCENTUALES EN RELACION AL NIVEL ACADEMICO QUE POSEEN LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL DR. JORGE LIZARRAGA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA VALENCIA EDO. CARABOBO AÑO 2007

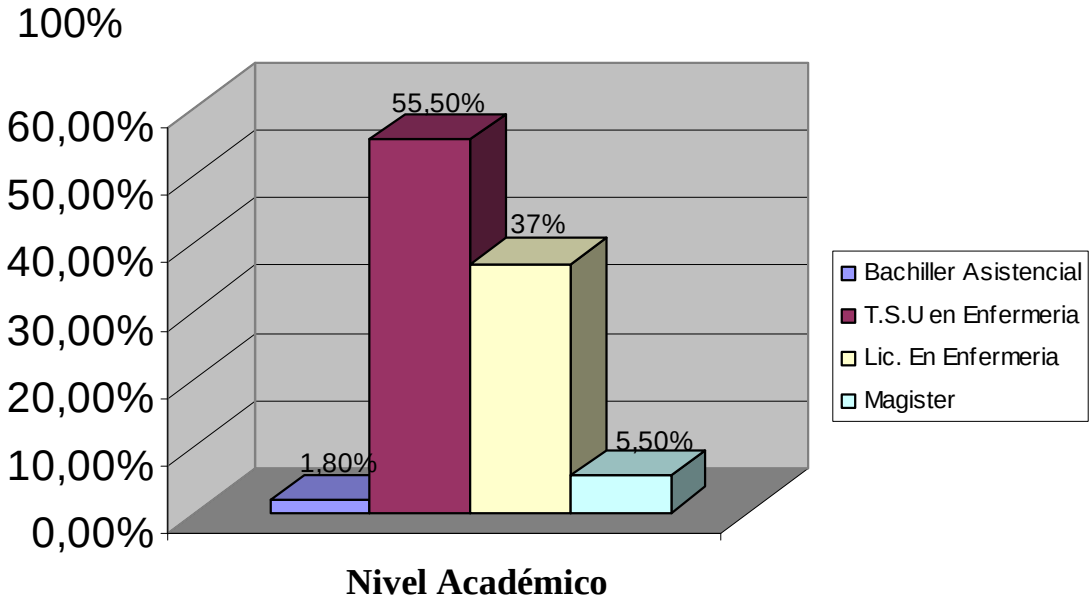
NIVEL ACADEMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Bachiller Asistencial	1	1,8%
T.S.U. en Enfermería	30	55,5%
Licenciada en Enfermería	20	37%
Magíster	3	5,5%
TOTAL	54	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

En el cuadro Nº1 se aprecian los resultados del nivel académico, destacándose que el 55,5% de la población son T.S.U en Enfermería, y el 37% Licenciados, seguido de un 5,5 % que posee Maestría y 1,8% son bachilleres asistenciales. Demostrándose que la mayoría de la población son profesionales universitarios.

GRAFICO Nº 1

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS PORCENTUALES EN RELACION AL NIVEL ACADEMICO QUE POSEEN LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL DR. JORGE LIZARRAGA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA VALENCIA EDO. CARABOBO AÑO 2007



Fuente: Cuadro Nº 1

CUADRO Nº 2

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y PORCENTUALES EN RELACION A AÑOS DE SERVICIO QUE POSEEN LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL DR. JORGE LIZARRAGA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA VALENCIA EDO. CARABOBO AÑO 2007

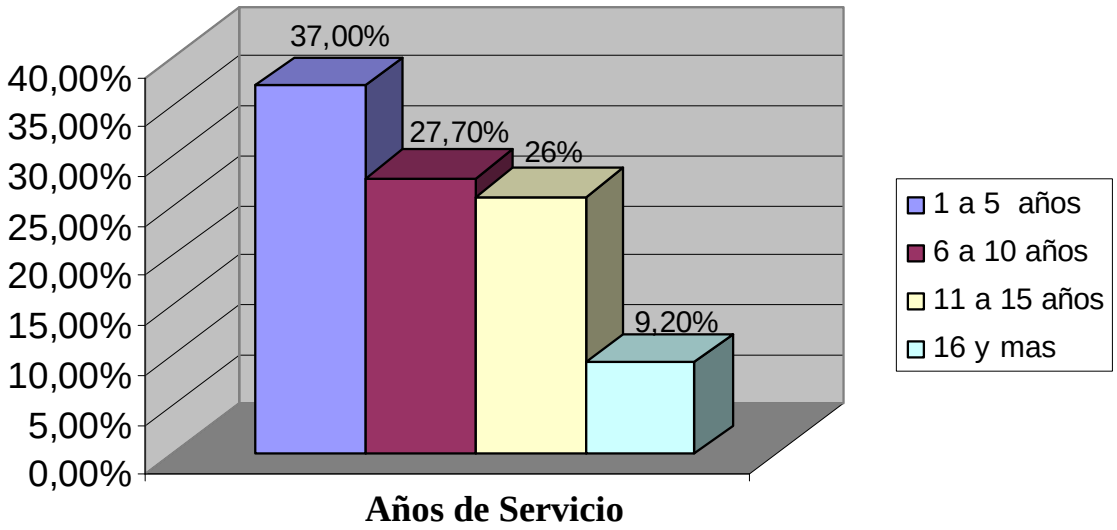
AÑOS DE SERVICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
1 a 5 años	20	37%
6 a 10 años	15	27,7%
11 a 15 años	14	25,9%
16 años y mas	5	9,2%
TOTAL	54	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

En el cuadro Nº 2 se aprecian los resultados correspondiente a los años de servicio, donde se evidencia que la mayoría de la población representada por el 37% tiene entre 1 a 5 años de servicio, seguido del 27,7% entre 6 a 10 años y una minoría representada por el 9,2 % tiene mas de 16 años laborando.

GRAFICO Nº 2

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS PORCENTUALES EN RELACION A AÑOS DE SERVICIO QUE POSEEN LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL DR. JORGE LIZARRAGA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA VALENCIA EDO. CARABOBO AÑO 2007



Fuente: Cuadro Nº 2

CUADRO Nº 3

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y PORCENTUALES DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LAS ENFERMERAS EN RELACION A MEDIDAS DE ASEPSIA Y ANTIPSESIA DESPUES DEL DRENAJE DE TORAX EN EL HOSPITAL DR. JORGE LIZARRAGA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA VALENCIA EDO. CARABOBO AÑO 2007

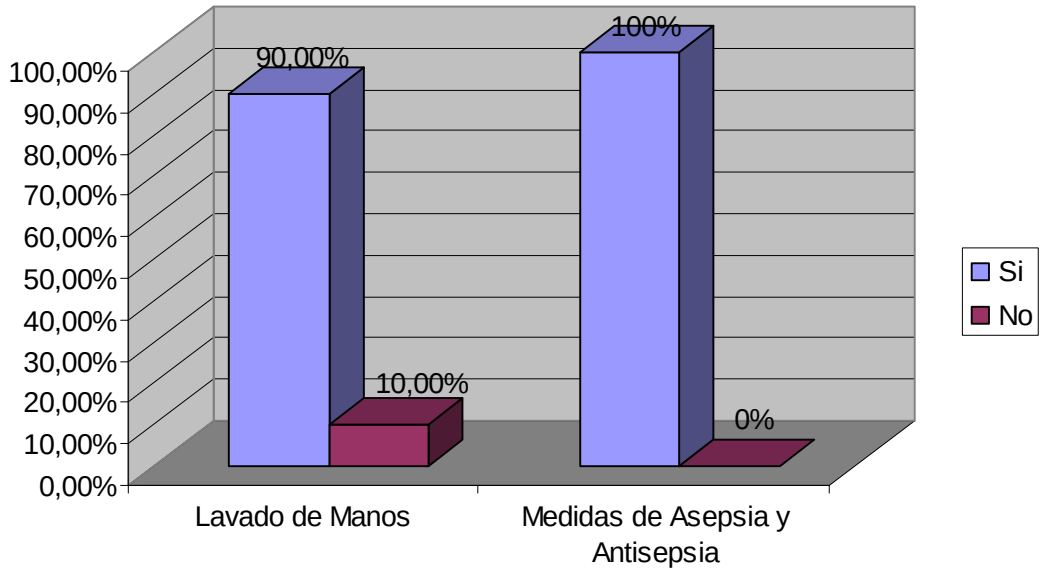
OPCIONES	FRECUENCIA				TOTAL
	SI	%	NO	%	
Lavado de manos	48	90%	6	10%	54 (100%)
Medidas de Asepsia y antisepsia	54	100%	0	0%	54(100%)

Fuente: Instrumento Aplicado

En el cuadro Nº3 demuestra que la mayoría de la población entre 90 y 100% mantiene las medidas de asepsia y antisepsia.

GRAFICO Nº 3

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS PORCENTUALES DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LAS ENFERMERAS EN RELACION A MEDIDAS DE ASEPSIA Y ANTIPSESIA DESPUES DEL DRENAJE DE TORAX EN EL HOSPITAL DR. JORGE LIZARRAGA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA VALENCIA EDO. CARABOBO AÑO 2007



Fuente: Cuadro Nº 3

CUADRO Nº 4

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y PORCENTUALES DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LAS ENFERMERAS SOBRE LA MONITORIZACION A PACIENTES CON DRENAJE DE TORAX EN EL HOSPITAL DR. JORGE LIZARRAGA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA VALENCIA EDO. CARABOBO AÑO 2007

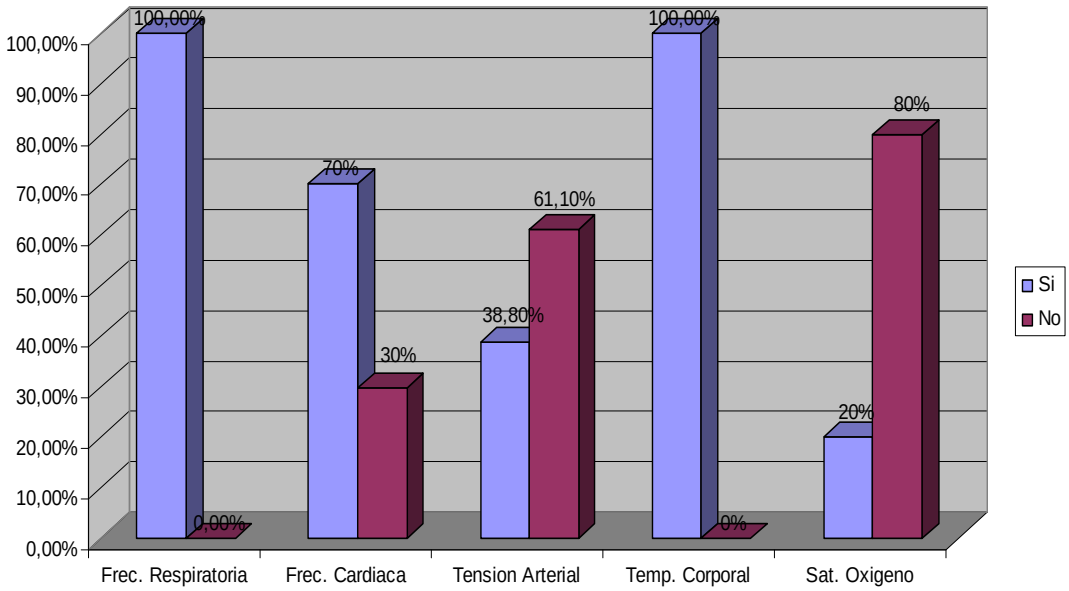
OPCIONES	FRECUENCIA				TOTAL
	SI	%	NO	%	
Frec. Respiratoria	54	100%	0	0%	54 (100%)
Frec. Cardiaca	38	70,3%	16	29,6%	54 (100%)
Tensión Arterial	21	38,8%	33	61,1%	54 (100%)
Temp. Corporal	54	100%	0	0%	54 (100%)
Saturación de Oxigeno	11	20%	43	80%	54 (100%)

Fuente: Instrumento Aplicado

Al analizar los items referidos a la monitorización a pacientes con drenaje de tórax, se puede concluir que el personal de enfermería presenta deficiencias en cuanto al control de los signos vitales, específicamente en la medición de tensión arterial con un 61,1% y el control de la saturación de oxigeno quedando representado por el 80% respectivamente que no lo realizan.

GRAFICO Nº 4

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS PORCENTUALES DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LAS ENFERMERAS SOBRE LA MONITORIZACION A PACIENTES CON DRENAJE DE TORAX EN EL HOSPITAL DR. JORGE LIZARRAGA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA VALENCIA EDO. CARABOBO AÑO 2007



Fuente: Cuadro Nº 4

CUADRO Nº 5

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y PORCENTUALES DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LAS ENFERMERAS SOBRE LA VALORACION EN EL DRENAJE DE TORAX EN EL HOSPITAL DR. JORGE LIZARRAGA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA VALENCIA EDO. CARABOBO AÑO 2007

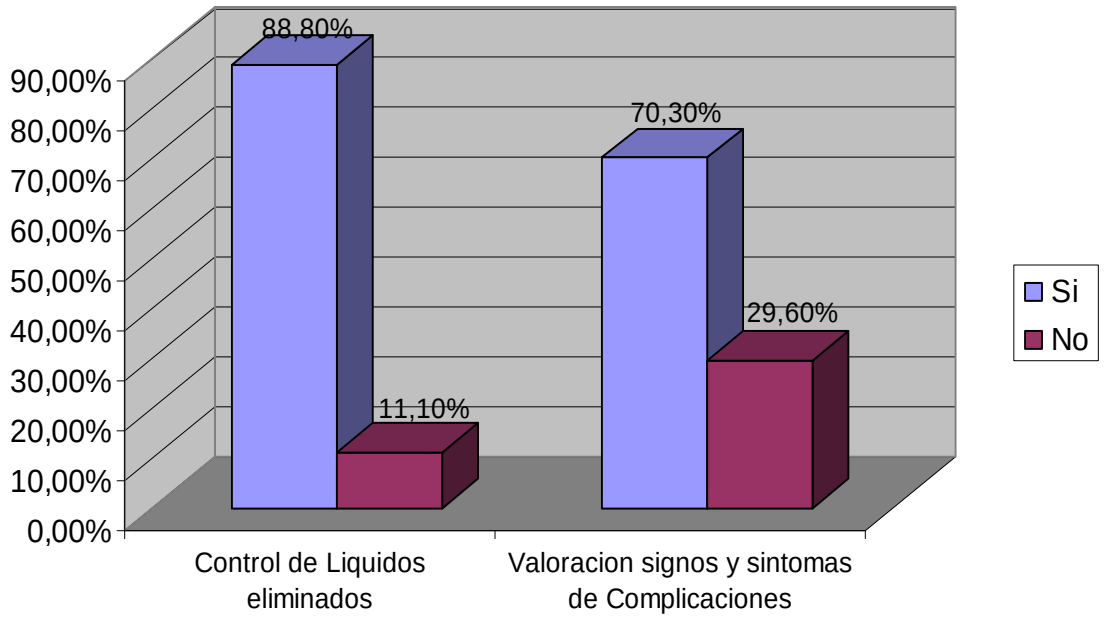
OPCIONES	FRECUENCIA				TOTAL
	SI	%	NO	%	
Control de líquidos eliminados	48	88,8%	6	11,1%	54 (100%)
Valoración de signos y síntomas de posibles complicaciones	38	70,3%	16	29,6%	54 (100%)

Fuente: Instrumento Aplicado

En el cuadro Nº5 muestra los resultados en cuanto a la atención de enfermería en los controles de líquidos eliminados donde se observa que un 70,3% si lo realiza y en cuanto a la valoración de signos y síntomas de complicaciones en pacientes con drenaje de tórax, se evidencia que el 88,8% la ejecuta.

GRAFICO Nº 5

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS PORCENTUALES DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LAS ENFERMERAS SOBRE LA VALORACION EN EL DRENAJE DE TORAX EN EL HOSPITAL DR. JORGE LIZARRAGA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA VALENCIA EDO. CARABOBO AÑO 2007



Fuente: Cuadro Nº 5

CUADRO Nº 6

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y PORCENTUALES DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LAS ENFERMERAS SOBRE LA HIGIENE EN EL DRENAJE DE TORAX EN EL HOSPITAL DR. JORGE LIZARRAGA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA VALENCIA EDO. CARABOBO AÑO 2007

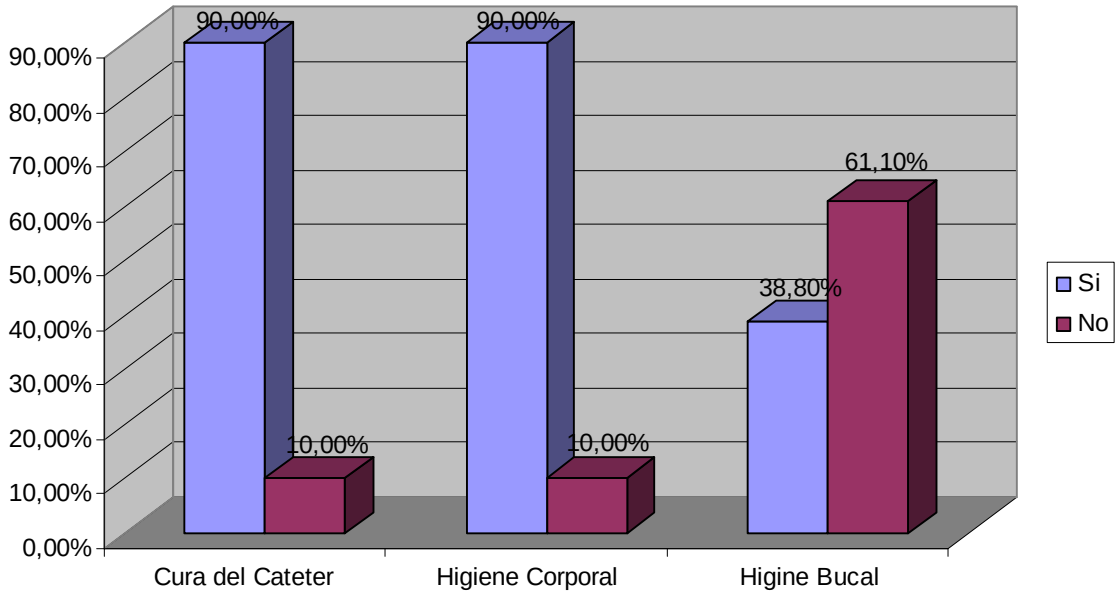
OPCIONES	FRECUENCIA				TOTAL
	SI	%	NO	%	
CURA DEL CATETER	48	90%	6	10%	54 (100%)
HIGIENE CORPORAL	48	90%	6	10%	54 (100%)
HIGIENE BUCAL	21	38,8%	33	61,1%	54 (100%)

Fuente: Instrumento Aplicado

En el cuadro Nº6 se evidencia que el 90% de las enfermeras si realizan la cura del catéter y la higiene corporal, pero el 61,1% no efectúa la higiene bucal, demostrándose deficiencias en este aspecto.

GRAFICO Nº 6

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS PORCENTUALES DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LAS ENFERMERAS SOBRE LA HIGIENE EN EL DRENAJE DE TORAX EN EL HOSPITAL DR. JORGE LIZARRAGA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA VALENCIA EDO. CARABOBO AÑO 2007



Fuente: Cuadro Nº 6

CUADRO Nº 7

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y PORCENTUALES DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LAS ENFERMERAS SOBRE LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN EL DRENAJE DE TORAX EN EL HOSPITAL DR. JORGE LIZARRAGA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA VALENCIA EDO. CARABOBO AÑO 2007

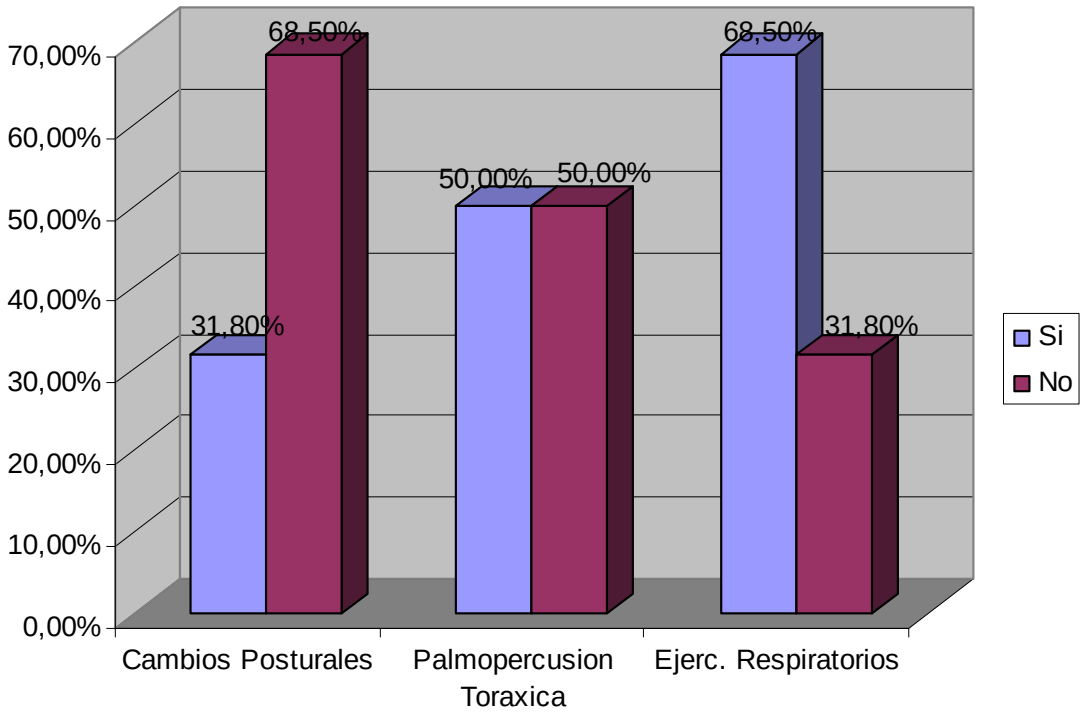
OPCIONES	FRECUENCIA				TOTAL
	SI	%	NO	%	
CAMBIOS POSTURALES	17	31,8%	37	68,5%	54 (100%)
PALMOPERCUSION TORAXICA	27	50%	27	50%	54 (100%)
EJERCICIOS RESPIRATORIOS	37	68,5%	17	31,8%	54 (100%)

Fuente: Instrumento Aplicado

En el cuadro Nº 7 se aprecian los resultados correspondientes a la Fisioterapia Respiratoria, destacándose que el 50% de la población estudiada efectúa la palmopercusión y el otro 50% restante no la cumple, en cuanto a los cambios posturales el 68,5% de las enfermeras no lo realizan, mientras que el mismo porcentaje si orienta al paciente para que realice los ejercicios respiratorios.

GRAFICO Nº 7

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS PORCENTUALES DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LAS ENFERMERAS SOBRE LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN EL DRENAJE DE TORAX EN EL HOSPITAL DR. JORGE LIZARRAGA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA VALENCIA EDO. CARABOBO AÑO 2007



Fuente: Cuadro Nº 7

CUADRO Nº 8

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y PORCENTUALES DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LAS ENFERMERAS SOBRE LOS CUIDADOS EN EL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO DE DRENAJE EN EL HOSPITAL DR. JORGE LIZARRAGA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA VALENCIA EDO. CARABOBO AÑO 2007

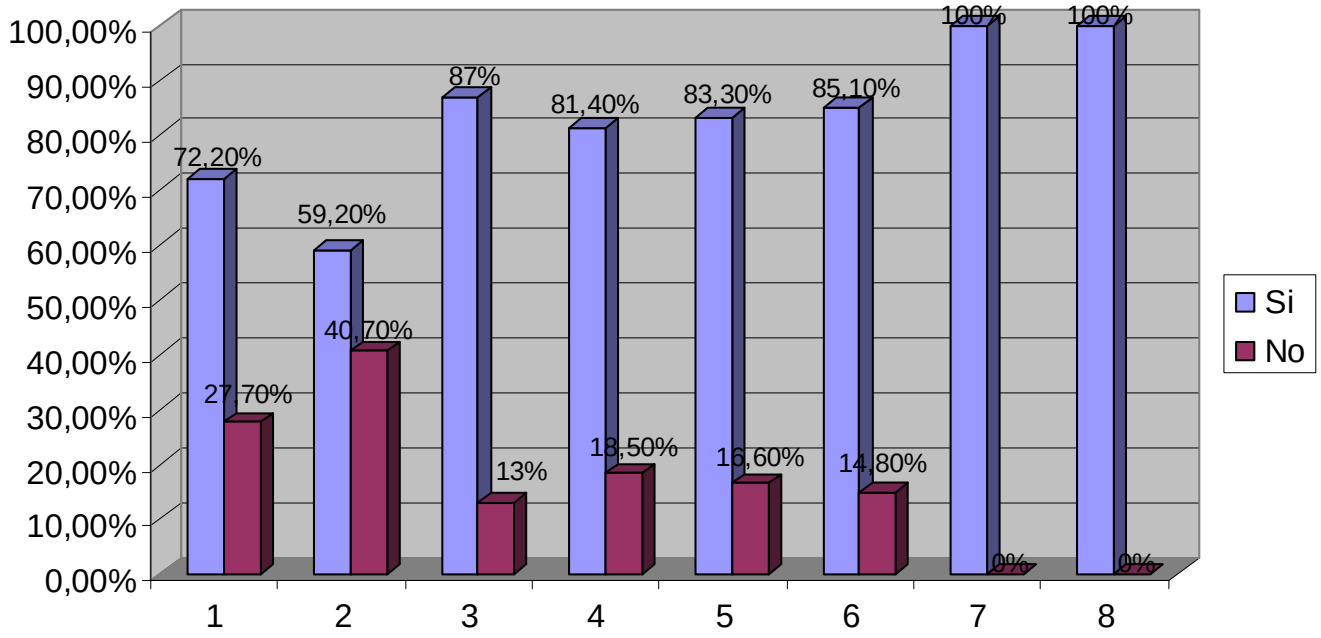
OPCIONES	FRECUENCIA				TOTAL
	SI	%	NO	%	
Comprueba la hermeticidad de los frascos	39	72,2%	15	27,7%	54 (100%)
Protege los frascos para evitar roturas	32	59,2%	22	40,7%	54 (100%)
Verifica la permeabilidad de los tramos de goma	47	87%	7	13%	54 (100%)
Utiliza pinzas vestidas	44	81,4%	10	18,5%	54 (100%)
Tiene las pinzas en lugares visibles	45	83,3%	9	16,6%	54 (100%)
Vigila si burbuja o fluctúa sello de agua	46	85,1%	8	14,8%	54 (100%)
Mantiene siempre el sistema de drenaje en posición vertical	54	100%	0	0%	54 (100%)
Mantiene el sistema de drenaje por debajo del punto de inserción	54	100%	0	0%	54 (100%)

Fuente: Instrumento Aplicado

Al analizar los ítems del cuadro Nº 8 se pude concluir que mas del 60% del elemento muestral, si esta vigilante y toma las precauciones en el manejo del equipo de drenaje de tórax, lo que favorece en la atención de los pacientes.

GRAFICO Nº 8

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS PORCENTUALES DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LAS ENFERMERAS SOBRE LOS CUIDADOS EN EL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO DE DRENAJE EN EL HOSPITAL DR. JORGE LIZARRAGA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA VALENCIA EDO CARABOBO AÑO 2007



1 Compraba la hermeticidad de los frascos

2 Protege los frascos para evitar roturas

3 Verifica la permeabilidad de los tramos de goma

4 Utiliza pinzas vestidas

5 Tiene las pinzas en lugares visibles

6 Vigila si burbuja o fluctúa sello de agua

7 Mantiene siempre el sistema de drenaje en posición vertical

8 Mantiene el sistema de drenaje por debajo del punto de inserción.

Fuente: Cuadro Nº 8

CUADRO Nº 9

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y PORCENTUALES DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LAS ENFERMERAS SOBRE EL MANEJO DE PACIENTES PEDIATRICOS CON DRENAJE DE TORAX EN EL HOSPITAL DR. JORGE LIZARRAGA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA VALENCIA EDO CARABOBO AÑO 2007

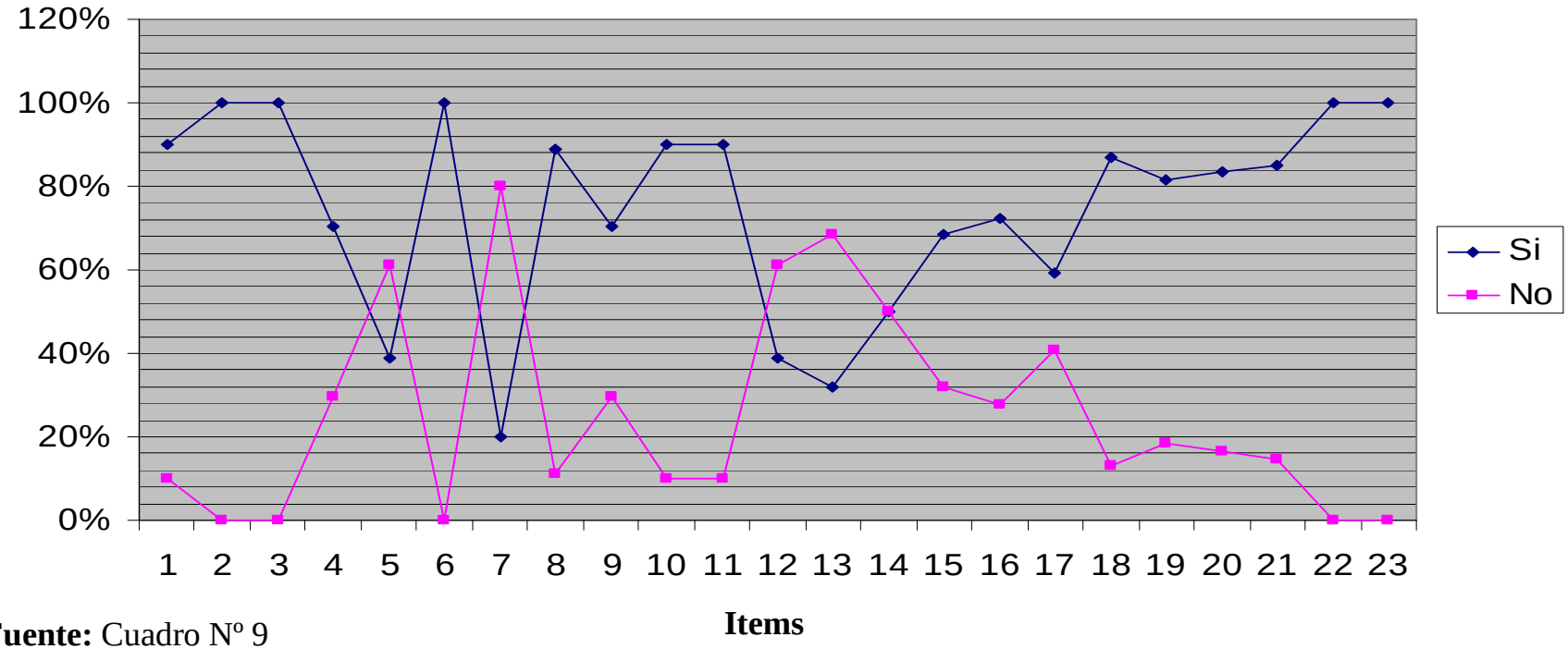
ITEMS	SI	%	NO	%
1. Realiza el lavado de manos	48	90%	6	10%
2. Mantiene las medidas de asepsia y antisepsia	54	100%	0	0%
3. Mide la Frecuencia Respiratoria	54	100%	0	0%
4. Mide la Frecuencia Cardíaca	38	70,3%	16	29,6%
5. Mide la Presión Arterial	21	38,8%	33	61,1%
6. Mide la Temperatura corporal	54	100%	0	0%
7. Cuantifica la saturación de oxigeno.	11	20%	43	80%
8. Registra periódicamente la cantidad, características y velocidad del débito conseguido por el tubo de tórax.	48	88,8%	6	11,1%
9. Vigila signos y síntomas de posibles complicaciones como disnea, cianosis, crepitantes, sangramiento, oscilación o extubación. etc	38	70,3%	16	29,6%
10. Realiza cura del catéter toráxico.	48	90%	6	10%
11. Realiza higiene corporal	48	90%	6	10%
12. Realiza higiene bucal.	21	38,8%	33	61,1%
13. Realiza cambios posturales	17	31,8%	37	68,5%
14. Realiza Percusión del tórax	27	50%	27	50%
15. Realiza Ejercicios Respiratorios	37	68,5%	17	31,8%
16. Comprueba la hermeticidad de los frascos.	39	72,2%	15	27,7%
17. Protege los frascos para evitar roturas.	32	59,2%	22	40,7%
18. Verifica la permeabilidad de los tramos de goma.	47	87%	7	13%
19. Utiliza pinzas vestidas.	44	81,4%	10	18,5%
20. Tiene las pinzas en lugares visibles para eventualidades que puedan presentarse.	45	83,3%	9	16,6%
21. Vigila si burbujea o fluctúa sello de agua.	46	85,1%	8	14,8%
22. Mantiene siempre el sistema de drenaje en posición vertical.	54	100%	0	0%
23. Mantiene el sistema de drenaje por debajo del punto de inserción.	54	100%	0	0%

Fuente: Instrumento Aplicado.

En el cuadro Nº9 demuestra que entre 90 y 100% del personal de enfermería mantiene las medidas de asepsia y antisepsia. En cuanto a la monitorización a pacientes con drenaje de tórax, se puede señalar que el personal de enfermería presenta debilidad en cuanto a la medición de tensión arterial y el control de la saturación de oxigeno. Por otra parte en cuanto a los controles de líquidos eliminados se observa que un 70,3% si lo realiza y en cuanto a la valoración de signos y síntomas de complicaciones en pacientes con drenaje de tórax, se evidencia que el 88,8% la ejecuta. Ademas se evidencia que el 90% de las enfermeras si realizan la cura del catéter y la higiene corporal, pero el 61,1% no efectúa la higiene bucal, demostrándose deficiencias en este aspecto. Por otro lado, se aprecian los resultados correspondientes a la Fisioterapia Respiratoria, destacándose que el 50% de la población estudiada efectúa la palmopercusión y el otro 50% restante no la cumple, en cuanto a los cambios posturales el 68,5% de las enfermeras no lo realizan, mientras que el mismo porcentaje si orienta al paciente para que realice los ejercicios respiratorios. Por otra parte, se pude concluir que mas del 60% del elemento muestral, si esta vigilante y toma las precauciones en el manejo del equipo de drenaje de tórax, lo que favorece en la atención de los pacientes.

GRAFICO Nº 9

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS PORCENTUALES DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS A LAS ENFERMERAS SOBRE EL MANEJO DE PACIENTES PEDIATRICOS CON DRENAJE DE TORAX EN EL HOSPITAL DR. JORGE LIZARRAGA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA VALENCIA EDO CARABOBO AÑO 2007



Fuente: Cuadro Nº 9

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el presente capitulo se describen las conclusiones y recomendaciones surgidas del estudio, una vez analizados los datos obtenidos de la aplicación de los instrumentos.

5.1. Conclusiones.

El análisis efectuado a los datos obtenidos, apoyado en el trabajo de campo a través de la aplicación del instrumento tipo cuestionario, permite inferir las siguientes conclusiones:

En lo referente al nivel académico de las enfermeras que laboran en el hospital Dr. Jorge Lizarraga el 98,2% son profesionales universitarios, y en cuanto a tiempo de trabajo el mayor porcentaje de la población 37% se ubica entre 1 a 5 años de servicios, seguido del 27,7% entre 6 a 10 años.

Para el indicador Medidas de Asepsia y antisepsia, se obtuvo la siguiente información de las enfermeras estudiadas, el 90% realiza el lavado de mano después del procedimiento y un 10% no lo efectúa y en cuanto a

las medidas de asepsia y antisepsia el 100% de la población estudiada si las mantiene.

En lo referente a la monitorización a pacientes con drenaje de tórax, el personal de enfermería presentan deficiencia en cuanto al control de la tensión arterial y la saturación de oxigeno.

Con respecto a la valoración de pacientes en el drenaje de tórax el 88,8% de la población estudiada realiza los controles de líquidos eliminados y un 70,3% valora los signos y síntomas de posible complicaciones.

En cuanto a las respuestas dadas por el elemento muestral al indicador higiene, el 90% de la población estudiada si realiza la cura del catéter higiene corporal, presentando fallas en cuanto a la higiene bucal.

El personal de enfermería encuestado, acerca de la Fisioterapia respiratoria el 50% de la población estudiada ejecuta la fisioterapia respiratoria a los pacientes con drenaje de tórax, evidenciándose igualmente deficiencias en dicho cuidado.

Con respecto a los cuidados del funcionamiento del equipo de drenaje si mantiene las medidas necesarias para el buen funcionamiento del equipo.

5.2. Recomendaciones.

Atendiendo a las conclusiones señaladas se recomienda:

* Supervisión periódica de las actividades de enfermería, para diagnosticar las fallas.

* Dar Educación en Servicio, al personal de Enfermería en cuanto a Manejo de pacientes con Drenaje de Tórax.

* El personal de enfermería debería rotar por el servicio de Neumonologia para recibir entrenamiento teórico y practico.

BIBLIOGRAFIA

ALBUQUERQUE, E. y ANDRADES, J. (1997) **Enciclopedia de Enfermería** Editorial Mc Graw Hill. México

ARY, L, Jacobs, A. (1994) **Investigación Pedagógica.** Mac Graw Hill ediciones. Segunda edición. México, Df.

BALDERAS, M (1995) **Administración de los Servicios de Enfermería.** Tercera Edición .Mac Graw Hill- Interamericana. México.

BALESTRINI, M. (1998) **Como se elabora el Proyecto de Investigación.** BL consultores asociados, servicio Editorial Julio. Caracas, Venezuela.

CAMACHO, M Y Pastran l (2000) **Evolución del Manejo del Sistema de Drenaje Torácico en el Hospital Santa Clara**. Fundación Santa Fe de Bogota, Colombia.

CAMARGO; H, Sarmiento D; Heraso T, Bracamonte, M y Chávez M (2002) **Revisión de los casos con traumatismo de tórax evaluados en el hospital Dr. Rafael Sierra desde 1987-2002. Punto fijo, estado Falcón.** Tesis de grado para optar al título de licenciada en enfermería. Universidad Central de Venezuela, Caracas, Distrito Federal.

CANTOR RM, Leaming jM (1998) **Evaluation and manegement of pediatric major traum. Emerg a Med Clin North Am; 16: 229-56.**

CEREZO, M (2000), **"Actuación de la enfermera en el manejo de neumotórax en el hospital de la Comarca de Jaca San Millán San Pedro España "**

CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA, Gaceta. Oficial. 5.453 del 24 de marzo de 2000.

DE SANTIAGO, M; Hernández, A, y Travieso, M, (2003**) Atención que se Brinda a los Pacientes con Drenaje Torácico en los Factores Cuidados Respiratorios y Educación.** Caracas Escuela de Enfermería.

DETTENMEIER PA (1992) **Pulmonary nursing care. St Louis.** Mosby ed.

DICCIONARIO MËDICO MOSBY (1997). Sexta. Edición, Editorial. Harcourt España S.A (1997).

GENC A, Oscan C, Erdenet A, Mutaf O (1998): **Manegement of neumothorax in children**. J Cardiovasc Surg (torino); 39: 849-51.

GONZÁLEZ M Y SÁNCHEZ, A. (2002) **Aplicación de Técnicas y Procedimientos en la Higiene Broncopulmonar que realizan las Enfermeras de la UCI de la CHET.** Tesis de grado para optar al título de licenciada en enfermería. Universidad Central de Venezuela, caracas, Distrito Federal.

HERNÁNDEZ, R, Fernández, C, Baptista, P (1997) **Metodología de la Investigación. Mac Graw Hill, México.**

HOOD RM (1986) **Surgical diseases of the pleura and chest wall.** Philadelphia; WB Saunders; 57-228.

IYER, P.; TAPTICH, B.; BERNOCCHI, D. (1993) **Proceso de Enfermería y Diagnostico de Enfermería** 2da edición.

MARRINER, A (1994) **Administración y Liderazgo en Enfermería.** Quinta Edición. Mosby-Doyma Libros SA. Madrid, España.

PEÑA N.Y, (2005) **Propuesta de un programa sobre el manejo de drenaje toráxico para enfermeras del servicio de hidratación del Hospital Dr. Jorge Lizarraga, Valencia, estado Carabobo.** Tesis de Grado. Universidad Central de Venezuela, Caracas, Distrito Federal.

PATIÑO, J. (1994) **Oficina de Recursos Educacionales FEPAFEN Departamento de Cirugía Fundación de Santa Fe Bogota**

PINEDA, E., ALVARADO, E. y CANALES, F. (1994) **Metodología de la Investigación** segunda edición, editorial Limusa Caracas Venezuela.

ROBERTS DS, Bratton SL, Brogan TV (1998) **Efficacy and complications of percutáneos pigtail catheters for thorascostomy in pediatric patients.** Chest; 114: 116-21.

ROBERTA ERICSSON (1990) **Domine los Detalles del Drenaje Toráxico** Volumen 8. Número 2. Pág 24-33.

SOMMERS J, Faber LP (1996) **Historical developments in the management of empiema.** Chest Surg. Clin North Am; 6:403-18.

SMELTEZER, S.C. y BARE B.G.(1998) **Enfermería Medico Quirúrgico Mc Graw Hill España.**

TORNE ENRIQUE (1999) **Técnicas de Enfermería en UCI, Drenaje Toráxico.** Pág. 53-60.

URDEN L, Lough MS, Stacy K, (1999) **Cuidados Intensivos en Enfermería**. Harcourt Brace SA. Madrid, España.

WEISBERG D, Yefaely Y (2000) **Pneumothórax. Chest; 117: 1279-85.**

A Quien Pueda Interesar

Yo, Dr. Armando Calvo Mendoza, portado de la C.I.: 3.238.182, Magíster en Salud Publica, y profesor del Instituto Universitario "Juan Pablo Pérez Alfonzo" en la asignatura de Estadística, Proyecto de Investigación y Tesis de Grado, certifico la confiabilidad calculada al instrumento denominado: "Guía de Observación dirigida a enfermeras "Dr. Jorge Lizarraga" de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera sobre los cuidados de pacientes pediátricos con drenaje de tórax", a partir del test de retest, el cual arrojo un resultado de 89,6% (muy aceptable), considerando el instrumento apto, desde el punto de vista cuantitativo, para su aplicación y posterior análisis de los resultados.

Documento que se expide a los 4 días del mes de Agosto de 2007.

_____

Dr. Armando Calvo Mendoza
Medico Cirujano
M. Sc. En Salud Publica
Civ: 3.238.182
M.S.D.S. 11.084

ANEXOS

ANEXO A

“INSTRUMENTO”

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA EXPERIMENTAL DE ENFERMERIA

GUIA DE OBSERVACIÓN DIRIGIDA A ENFERMERAS DEL HOSPITAL DR. JORGE LIZARRAGA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR ENRIQUE TEJERA SOBRE LOS CUIDADOS DE PACIENTES PEDIATRICOS CON DRENAJE DE TORAX

AUTORAS:
DENNY ARAUJO
ALIX CONTRERAS
NANCY LIENDO

VALENCIA, AGOSTO DE 2007

PRESENTACION

A continuación se le presenta una guía de observación que se ha elaborado para obtener información relacionada con la práctica profesional de enfermería en el drenaje de tórax en pacientes pediátricos.

Este instrumento consta de dos partes. La primera parte esta relacionada con datos demográficos, y la segunda corresponde a la práctica de enfermería antes, durante y después del drenaje de tórax en pacientes pediátricos.

La información proporcionada es de carácter confidencial y será utilizado para fines de un trabajo de grado de investigación y para optar al titulo de Licenciado en Enfermería.

Gracias por su colaboración

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan aspectos de la práctica profesional de enfermería antes, durante y después del drenaje de tórax en pacientes pediátricos los cuales se exponen para ser seleccionados según su criterio durante la observación.

Donde “SIEMPRE” representa la actividad totalmente desarrollada.
Donde “NUNCA” representa la actividad no ejecutada.

1. Lea cuidadosamente cada una de los items antes de responder.
2. Ante cualquier duda, preguntar a los responsables
3. Utilice bolígrafo para marcar su respuesta.

PARTE I: NIVEL ACADEMICO

Responda con una X el ítem sobre su nivel académico:

a. Bachiller Asistencial. _____

b. T.S.U en Enfermería. _____

c. Licenciada en Enfermería. _____

d. Magíster. _____

Responda con una X el ítem sobre sus Años de Servicio

a. 1 a 5 años _____

b. 6 a 10 años _____

c. 11 a 15 años _____

d. 16 años y más_____

PARTE II

Marque con una (X) e identifique cual seria la práctica profesional de enfermería en cuidados de pacientes pediátricos después del drenaje de tórax.

La Enfermera o el enfermero después del procedimiento	**SIEMPRE**	**NUNCA**
1. Realiza el lavado de manos		
2. Mantiene las medidas de asepsia y antisepsia		
3. Mide la Frecuencia Respiratoria		
4. Mide la Frecuencia Cardíaca		
5. Mide la Presión Arterial		
6. Mide la Temperatura corporal		
7. Cuantifica la saturación de oxigeno.		
8. Registra periódicamente la cantidad, características y velocidad del débito conseguido por el tubo de tórax.		
9. Vigila signos y síntomas de posibles complicaciones como disnea, cianosis, crepitantes, sangramiento, oscilación o extubación. etc.		
10. Realiza cura del catéter toráxico.		
11. Realiza higiene corporal		
12. Realiza higiene bucal.		
13. Realiza cambios posturales		
14. Realiza Percusión del tórax		
15. Realiza Ejercicios Respiratorios		
16. Comprueba la hermeticidad de los frascos.		
17. Protege los frascos para evitar roturas.		
18. Verifica la permeabilidad de los tramos de goma.		
19. Utiliza pinzas vestidas.		
20. Tiene las pinzas en lugares visibles para eventualidades que puedan presentarse.		
21. Vigila si burbujea o fluctúa sello de agua.		
22. Mantiene siempre el sistema de drenaje en posición vertical.		
23. Mantiene el sistema de drenaje por debajo del punto de inserción.		