

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**PROPUESTA DE GUÍA DE ACTUACIÓN DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA DURANTE EL PERIODO PERIOPERATORIO DE LA
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA, EN LA UNIDAD DE
RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA DE LA POLICLÍNICA
METROPOLITANA. SEGUNDO SEMESTRE. 2005**

(Trabajo Especial de Grado como requisito Parcial para optar al Título de Licenciado en Enfermería)

Tutora:
Lic. Matilde Ortega

Autoras:
T.S.U. Díaz P, Veruska K
T.S.U Guerrero B, Erika M

Asesora:
Lic. Elizabeth Piña

Caracas, Diciembre de 2005.

**PROPUESTA DE GUÍA DE ACTUACIÓN DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA DURANTE EL PERIODO PERIOPERATORIO DE LA
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA, EN LA UNIDAD DE
RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA DE LA POLICLÍNICA
METROPOLITANA. SEGUNDO SEMESTRE. 2005**

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**PROPUESTA DE GUÍA DE ACTUACIÓN DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA DURANTE EL PERIODO PERIOPERATORIO DE LA
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA, EN LA UNIDAD DE
RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA DE LA POLICLÍNICA
METROPOLITANA. SEGUNDO SEMESTRE. 2005**

(Trabajo Especial de Grado como requisito Parcial para optar al Título de Licenciado en Enfermería)

Tutora:
Lic. Matilde Ortega

Autoras:
T.S.U. Díaz P, Veruska K
T.S.U Guerrero B, Erika M

Asesora:
Lic. Elizabeth Piña

Caracas, Diciembre de 2005.

DEDICATORIA

...Alguien una vez dijo que “el agradecimiento es una carga de la que hay que liberarse prontamente”. Hoy he decidido liberar algo de ese peso....

En el principio creo Dios los cielos y la tierra (Gen. 1:1) y desde antes de ese momento, definitivamente Tú estabas conmigo. Te dedico esto a ti, mi buen Padre Celestial. Estoy segura de con ese inmenso amor, la misericordia y la paciencia con las que me haz arropado, haz hecho posible la culminación exitosa de la carrera que escogiste para mi. Mi carrera...

A esa mujer implacablemente maravillosa, a mi buena amiga, tía y modelo a seguir: Magaly.... Haz sido, aunque nunca te lo he dicho, mi punto de referencia. Me haz demostrado que en la vida el sacrificio y la pasión se necesitan pero no son suficientes. Gracias a ti, y a lo que Dios hace conmigo a través de ti soy lo que soy...

A mi inmaculada madre, Luisa Encarnación. Por que me forjaste desde chiquitita con el mismo amor y dedicación como cuando haces esas hallacas tan sabrosas e insuperables. Temple, esfuerzo, y decisión..... cosas que me enseñaste y que hoy me definen. Por todas tus oraciones y por todo lo que me haz dado. Nos otorgas lo mejor de ti, y junto a mi buena Magaly me haz convertido es esto madre.... Gracias....

A Yaivic y a Anthony.... mis pequeños diablillos.... porque aunque no lo puedan entender ahora, es la excelencia en la vida entera lo que deseo para ustedes.....

A Yadira y a mis hermanos: Nori, Rodo y Quique... a mi familia completita.... Porque son un pedacito de cielo que Dios puso en la tierra para mi...si Uds. no hubieran creído en mí como lo han hecho hasta ahora, nada de esto tuviera razón de ser.

A Efraín Antonio.... estés donde estés.... gracias....

A Miriantonieta Castro y a Carlos L. Niño, manos amigas y alentadoras.... Gracias por acompañarme en el camino y por haberme inundado de su amor y sus oraciones...

A mi amada iglesia IBM Peniel, porque me aman, me cuidan e interceden innumerables veces ante Dios por el éxito que hoy se manifiesta.

A mi amada Universidad.... En tu seno me formaste y me adornaste de Neruda, me pintaste de Rouviere, cantaste para mi de números y psicoanálisis.... Hiciste que bailara alrededor del ciclo de Krebs. Sembraste en mi una sed de sabiduría implacable.... Me mostraste el dolor humano en toda su expresión y me haz convertido en la mejor enfermera del mundo... A mi UCV... el Alma Mater....

A todos los que me acompañaron en esta batalla, y se han llevado la corona de la victoria conmigo... A todos los que no creyeron nunca..... y hoy lo han visto todo con sus propios ojos....

Y a mi Roy, aunque de último... nunca en este lugar... Porque siempre me recuerdas que “el amor es el mayor de todos”.... Porque aunque no entendías mucho de todo lo que hacía, te mantuviste invariablemente a mi lado.... Porque con toda tu paciencia y serenidad iluminaste mi camino en los momentos más oscuros.... Porque no dejaste de recordarme que “el equipo siempre gana” y porque haz sido un ángel en mi camino y me haz mantenido bajo la sombra de tus alas....

“Mira que te mando que te esfuerces y seas valiente, no temas ni desmayes, porque Jehová tu Dios estará contigo dondequiera que vayas” (Josué 1:9)

Veruska Katherin Díaz Perez.

Podemos tratar de ser amigos de la vida, si somos:

Pacientes con los mayores.

Cariñosos con la infancia.

Amables con los indiferentes.

Tolerantes con los antipáticos.

Franco con los hipócritas.

Considerados con los débiles.

Prudentes con los exaltados.

Bondadosos con los amigos.

Julieta Paz.....

AGRADECIMIENTOS

Es nuestro deber recordar a quienes debemos infinita gratitud:

- A Dios, eterno creador y renovador de la vida y guía de nuestros pasos.
- A la Universidad Central de Venezuela, alma mater de nuestra academia y fuente que sació nuestra sed de ciencia.
- A la Escuela de Enfermería, cuyas aulas fueron campo donde floreció el conocimiento.
- A Nuestros(as) Profesores(as), ejemplo de ética y mística de trabajo.
- A Nuestra Tutota: Magíster Matilde Ortega, amiga y guía en este camino recorrido.
- A la Policlínica Metropolitana y su Personal, por abrirnos sus puertas y su corazón, y permitirnos con providencial paciencia, la realización de nuestro Trabajo Especial de Grado.
- A Nuestros Padres y Familiares, por su amor y fe en nosotras, por acompañarnos a lo largo de este camino y ser, junto con Dios, nuestro apoyo en los momentos difíciles.
- A Nuestras Parejas, por su amor, apoyo y constancia en los momentos de dificultad.

Las Autoras.....



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA
COORDINACION DE INVESTIGACION



ACTA
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los reglamentos de la Escuela de Enfermería, facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, quienes suscriben Profesores designados como Jurados del Trabajo Especial de Grado, Titulado:

Propuesta de Guía de Actuación del Profesional de Enfermería durante el periodo perioperatorio de la Angioplastia Transluminal Percutánea, en la Unidad de Radiología Intervencionista de la Policlínica Metropolitana, Segundo Semestre, 2005.

Presentados por las (os) Técnicos Superiores:

Apellidos y Nombres: Díaz P. Veruska C.I. No. 15.779.297
Apellidos y Nombres: Guerrero B, Erika C.I. No. 16.358.362.
Apellidos y Nombres: _____ C.I. No. _____

Como requisito parcial para optar al Título de: Licenciado en Enfermería,

Deciden: Aprobación y mención pubhación.

En Caracas, a los 13 días del mes de marzo de 2006

Jurados

Jorge Rocafell

C.I. No. 6871903

Elyzabet Pradel
C.I. No. 4879258

María del Carmen
Coordinador del Jurado

C.I. No. 10322020

Va sin enmienda
EFG/mm.-



TABLA DE CONTENIDO

	p.p
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	vii
APROBACIÓN DEL JURADO.....	viii
LISTA DE TABLAS.....	xi
LISTA DE GRÁFICOS.....	xiii
RESUMEN.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	01
CAPITULO I	
EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del Problema.....	03
1.2 Objetivos de la Investigación	11
1.3 Justificación del Problema	12
CAPITULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes.....	16
2.2 Bases Teóricas	20
2.3 Sistema de Variables	62
2.4 Operacionalización de Variables	63
CAPITULO III	
DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1 Tipo de Investigación	65
3.2 Población y Muestra.....	67
3.3 Método para la Recolección de los Datos	69
3.4 Validez	71
3.5 Confiabilidad	71
3.6 Procedimiento de Recolección de Datos	72
3.7 Plan de Tabulación y Análisis.....	73
CAPITULO IV	
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	
4.1 Presentación y Análisis de los Resultados.....	76
4.2 Propuesta de la Guía.....	102

CAPITULO V**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1 Conclusiones.....	116
5.2 Recomendaciones.....	118

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	120
--	------------

ANEXOS

1. Estructura de la Guía de Enfermería Señalizada por Policlínica Metropolitana	127
2 Guía de Observación.....	131
3 Cartas de Aprobación de Expertos.....	138
4 Comunicado Dirigido a Policlínica Metropolitana.....	142

LISTA DE TABLAS

TABLAS

pp

- | | | |
|----------|---|----|
| 1 | Características Definitorias de la Guía de Actuación de Enfermería según CUENCA, N. (2002)..... | 44 |
| 2 | Distribución Absoluta y Porcentual de las Acciones Ejecutadas por Ítems por El Profesional de Enfermería, durante la Valoración del paciente sometido a ATP. Policlínica Metropolitana. 2005 | 77 |
| 3 | Distribución Absoluta y Porcentual de las Acciones Ejecutadas por Ítems por El Profesional de Enfermería, durante La Preparación del Ambiente Quirúrgico en la ATP. Policlínica Metropolitana. 2005..... | 81 |
| 4 | Distribución Absoluta y Porcentual de las Acciones Ejecutadas por Ítems por El Profesional de Enfermería, durante La Preparación del Paciente sometido a una ATP Policlínica Metropolitana. 2005..... | 84 |
| 5 | Distribución Absoluta y Porcentual de las Acciones Ejecutadas por Ítems por El Profesional de Enfermería, durante La Administración de Fármacos en el Paciente sometido a una ATP. Policlínica Metropolitana. 2005..... | 86 |
| 6 | Distribución Absoluta y Porcentual de las Acciones Ejecutadas por Ítems por El Profesional de Enfermería, durante La Instrumentación en la ATP. Policlínica Metropolitana. 2005..... | 88 |
| 7 | Distribución Absoluta y Porcentual de las Acciones Ejecutadas por Ítems por El Profesional de Enfermería, durante La Culminación del Acto Quirúrgico en la ATP. Policlínica Metropolitana. 2005..... | 91 |
| 8 | Porcentaje Promedio de las Acciones Ejecutadas por El Profesional de Enfermería durante la ATP, Según Subindicadores. Policlínica Metropolitana 2005..... | 94 |
| 9 | Distribución Porcentual de las Acciones Ejecutadas por cada Profesional de Enfermería Observado, según subindicadores..... | 98 |

10 Guía de Actuación del Profesional de Enfermería Durante El Periodo Perioperatorio de la Angioplastia Transluminal Percutánea.....102

LISTA DE GRÁFICOS

GRAFICO	pp
1 Porcentaje Promedio de las Acciones Ejecutadas por El Profesional de Enfermería durante la ATP, Según Subindicadores. Policlínica Metropolitana 2005.....	97
2 Distribución Porcentual de las Acciones Ejecutadas por cada Profesional de Enfermería Observado, según subindicadores.....	101

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

**PROPUESTA DE GUIA DE ACTUACIÓN DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA DURANTE EL PERIODO PERIOPERATORIO DE LA
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAR PERCUTÁNEA, EN LA UNIDAD DE
RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA DE LA POLICLÍNICA
METROPOLITANA. SEGUNDO SEMESTRE. 2005**

Autoras:
Díaz, P. Veruska, k.
Guerrero, B; Erika, M.

Tutor:
Lic. Matilde Ortega.

RESUMEN.

La presente investigación se desarrolla dentro del contexto de la enfermería clínica, teniendo como objetivo principal la elaboración de una guía de actuación de enfermería durante el período perioperatorio de la ATP; para el personal que labora en la Unidad de Radiología Intervencionista de la Policlínica Metropolitana, en Caracas. Las bases teóricas se sustentan en la actuación general y particular del profesional de enfermería durante cada etapa y subetapa del perioperatorio de la ATP, las definiciones fundamentales de las guías de actuación y de las enfermedades cardiovasculares y sus soluciones terapéuticas (ATP). El diseño de la investigación se fundamentó en un proyecto factible con su fase descriptiva respectiva y tanto la población como la muestra estuvo conformada por 06 individuos en condición de profesional de enfermería que laboran en la Unidad de Radiología Intervencionista de la institución en cuestión. Para la recolección de datos se utilizó una guía de observación de 121 ítems, subdivididos en 06 bloques correspondientes a cada subindicador. Los resultados obtenidos evidenciaron la necesidad de unificar criterios y de establecer un orden lógico en las acciones a ejecutar por el profesional de enfermería en una ATP, por lo que se realizó la propuesta de la guía de actuación y se recomendó el estudio de su factibilidad y su posterior implementación.

INTRODUCCIÓN

Con el devenir de los años la enfermería ha adquirido mayor importancia dentro de las ciencias de la salud, motivado al entendimiento; ahora general; de un precepto que ha marcado la profesión desde sus inicios: la concepción del individuo desde un punto de vista holístico. Así mismo, sus profesionales se desarrollan científicamente y humanamente para, como miembros del equipo de salud, participar directamente en la búsqueda de alternativas eficaces y eficientes a los problemas de salud del hombre.

En la angioplastia transluminal percutánea (ATP), procedimiento mínimamente invasivo y de gran complejidad, el profesional de enfermería actúa como constructor de nuevos modelos de abordaje y tratamiento de la enfermedad vascular obstructiva, agrandando el horizonte del conocimiento científico de la misma.

Esta investigación busca evidenciar las acciones que el profesional de enfermería ejecuta y las que debería ejecutar en el perioperatorio de la ATP para desarrollar un cuerpo de conocimientos científicos de la enfermería, que se verán reflejados en una guía de actuación que persigue como fin último una mejora de los cuidados al paciente; es decir, una mayor calidad de atención del mismo que se traducirá en una disminución importante de las complicaciones.

Este estudio presenta cinco capítulos; en el primero de ellos, a través del planteamiento del problema se evidencia la necesidad de establecer una descripción clara de la responsabilidad y las acciones organizadas que han de llevar a cabo los profesionales de enfermería durante la ATP.

El segundo capítulo aporta las bases teóricas y antecedentes sobre los que se sustenta la propuesta de guía de actuación ya mencionada. El tercer capítulo sitúa a este estudio como un proyecto factible con una fase descriptiva claramente evidenciable; con una población objeto de estudio de 06 individuos en condición de profesionales de enfermería, en el ejercicio de labores inherentes a su profesión durante la ATP en el laboratorio de hemodinamia, sección radiología intervencionista de la Policlínica Metropolitana.

La recolección de los datos se hace posible a través de la aplicación de una guía de observación de 121 ítems distribuidos en 06 fases o sub indicadores en los que se desglosan las acciones de enfermería en la ya citada intervención quirúrgica. Así mismo, se destaca la validez y confiabilidad del estudio.

El cuarto y quinto capítulos ponen en evidencia a través de los resultados obtenidos y su respectivo análisis, la necesidad de una guía de actuación que estandarice el desempeño del personal de enfermería en la ATP.

CAPITULO I

EI PROBLEMA

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cardiología contemporánea ha experimentado un desarrollo y una hiperespecialización progresiva, o lo que es lo mismo ha adquirido un grado de complejidad científica muy elevado y se ha convertido en una disciplina difícil de abordar si no se recurre simultáneamente a otras ramas relacionadas con ésta. Disciplinas como: la biología molecular, la genética, la bioquímica y otras aparentemente no relacionadas o alejadas del eje principal como lo son: las matemáticas, la física moderna, la psicología, la antropología y las ciencias de las culturas, etc, ejercen cierta influencia sobre el saber cardiológico vigente.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen un ejemplo pragmático en el cual puede reconocerse la confluencia de numerosas causas y factores moduladores que intervienen en su génesis. Según estudios realizados por la OPS y la OMS, las enfermedades cardiovasculares son las patologías con mayor índice de morbimortalidad en el mundo industrializado o desarrollado lo que se relaciona directamente con: a) hábitos socio-culturales como: alimentación, ejercicio, obesidad, sedentarismo, tabaquismo; b) condiciones simbólicas sociales como la competitividad, las condiciones de trabajo, la inseguridad social, y el estrés; y c)

elementos como la genética (factores hereditarios), la biología molecular y la bioquímica fisiológica, mencionando específicamente a las dislipidemias, la trombogénesis, la disfunción endotelial; etc.

De esta manera el abordaje de un cuadro con las múltiples determinaciones que éste exhibe no admite un modelo reduccionista ni esquemas netamente lineales.

La investigación en cardiología se ha visto obligada a experimentar ese desarrollo e hiperespecialización mencionadas en el inicio y hace su aparición el Intervencionismo Cardiovascular, que une a la radiología y cardiología intervencionistas tratando al sistema cardiovascular como un todo.

Gracias a esto se hace factible el diagnóstico y tratamiento quirúrgico y no quirúrgico de las enfermedades cardiovasculares, combinando el manejo de equipos especializados, catéteres, agujas y otros instrumentos que persiguen ofrecerle al paciente la excelencia en los resultados.

La Radiología Intervencionista incluye procedimientos diagnósticos vasculares como las *arteriografías* y procedimientos terapéuticos como la *angioplastia* y colocación de stent o prótesis endovascular (en la enfermedad vascular periférica, aneurismas de la aorta, aneurismas de las arterias ilíacas, renales, de las arterias de los miembros inferiores, de la carótida); otras como la embolización y

quimioembolización de tumores (por vía intraarterial), y procedimientos con láser endovascular. (Asenjo, R. Goich, J. 1998).

De igual manera, incluye procedimientos no vasculares, percutáneos en vías biliares, drenajes de abscesos, vertebroplastias en fracturas por osteoporosis o tumores, y también procedimientos combinados: quirúrgico – percutáneo mínimamente invasivos. Todas estas intervenciones se realizan guiadas con métodos de imágenes sofisticados y de última generación; como lo son la guía fluoroscópica, la guía ultrasonográfica o la TC; lo que garantiza un tratamiento oportuno y eficaz.

Por otra parte, la Cardiología Intervencionista no solo realiza cateterismos coronarios diagnósticos, sino que también lleva a cabo intervenciones terapéuticas de la enfermedad cardiovascular, tales como: *Angioplastia*, stent y rotabrador, contando con alta tecnología digital y ultrasonido intravascular para intervenciones complejas.

Un ejemplo clásico y sobresaliente de estas novedosas disciplinas, es la *Angioplastia Transluminal Percutánea (ATP)* que se acepta como un procedimiento de revascularización y consiste en aumentar la luz vascular de una arteria previamente estenosada (disminuida de calibre) por una placa de ateroma, mediante la introducción, por vía percutánea, de un catéter asociado a un balón inflable, y la posterior colocación de un stent si se considerarse necesario. (Asenjo, R. y Goich, J. 1998).

En el avance científico y tecnológico de la enfermería como profesión, las funciones asistenciales, investigativas, administrativas y educativas han experimentado un despliegue que no solo asegura la reproducción de las competencias, sino su progreso. Siendo de las pocas profesiones que desde sus inicios concibe al usuario como un individuo de dimensiones diversas; esta implícita la tarea de resolver situaciones, luego de haber comprendido la necesidad que tiene el paciente y cómo se pueden establecer relaciones con otras disciplinas indispensables para resolver satisfactoriamente el problema.

Para el profesional de enfermería las dimensiones: social, psicológica, económica, antropológica, biológica, y genética de la patología cardiovascular proponen un espacio de reflexión e investigación que permite enriquecer la práctica diaria, el ejercicio de la docencia y el aprendizaje continuo. Es entonces cuando aparece la actuación de enfermería en el intervencionismo cardiovascular como constructora de nuevos modelos de abordaje y tratamiento de la enfermedad, ampliando la comprensión de la misma en diferentes ámbitos.

Surge la iniciativa de describir el campo de actuación del profesional en todas sus dimensiones: el objetivo, el diseño, la metodología, y hasta la organización más íntima de un evento, así como exponerlo en forma escrita para describir claramente la responsabilidad y el conjunto de acciones organizadas que se han de llevar a cabo en una serie de circunstancias determinadas.

La actuación del profesional de enfermería se plantea como un concepto esencial para la comprensión de la razón de ser de la enfermería, y esto hace posible crear un apartado en el que se profundice acerca de lo que hace enfermería en situaciones específicas.

Una actuación, es la realización de actos libres y conscientes, o de actos propios de la naturaleza de una persona, profesión o de una cosa. Si se parte de esta definición, se considera que una actuación es la expresión en hechos de algo que se piensa, se sabe o se aprende. Entonces, la actuación de enfermería es la descripción clara de la responsabilidad y acciones organizadas que ha de llevar a cabo el profesional en una serie de circunstancias determinadas, en donde se establezca el qué, el cómo y el cuándo; y que permita obtener resultados satisfactorios.

Por otro lado, una guía es un tratado en el que se marcan determinadas pautas de comportamiento, o una lista impresa de datos referentes a una determinada materia (Según expertos del Colegios de Enfermería del Perú). Esto relaciona de manera directa el concepto de actuación de enfermería con el concepto de guía; la actuación es la concepción ideológica de las responsabilidades y acciones que le competen al profesional de enfermería, y la guía es la expresión tangible y/o escrita de esa actuación.

Para efectos de esta investigación, de acuerdo a lo establecido por Marso, S.(2002):

La actuación del profesional de enfermería en el Intervencionismo Cardiovascular es el conjunto de acciones fundamentales que hacen a la (el) enfermera(o) en las unidades clínicas de este tipo, en donde gracias a la necesidad de cuidados específicos de enfermería que surge y acompaña a cada proceso, se puede plantear, organizar y ejecutar debidamente cada acción que le corresponde al profesional, como lo son:

Valorar las necesidades de los pacientes durante y después del procedimiento; aplicar cuidados durante cada procedimiento: realizar la anamnesis, valorar el estado físico del paciente, valorar su estado psicológico, valorar la presencia de dolor, realizar la instrucción preoperatoria, etc; preparar el ambiente quirúrgico de acuerdo a la intervención a realizar, utilizar las técnicas de instrumentación durante el procedimiento, guardando la esterilidad de los materiales, aplicar tratamientos indicados de acuerdo al tiempo del evento (preoperatorio, intraoperatorio o postoperatorio), complementar el registro de enfermería que se adjuntará a la historia clínica de los cuidados y actividades realizadas, tratamientos aplicados y recomendaciones para las horas posteriores a la intervención, gestionar la continua preparación del personal de enfermería a manera de entrenamiento continuo, gestionar la disponibilidad de todo el material que estará en contacto con el paciente (catéteres, guías), etc.

El Intervencionismo Cardiovascular en Venezuela, a pesar de ser una disciplina relativamente nueva, cuenta con el privilegio de ser considerado, dentro del universo de la medicina en cardiología de nueva generación, como uno los más avanzados en el área, en donde se dispone de las Unidades de Intervencionismo de los hospitales: Dr. José María Vargas, Dr. Domingo Luciani; entre otros, y las unidades de los recintos de salud privados tales como: Policlínica Metropolitana, Clínica El Ávila, Hospital de Clínicas Caracas, Centro Médico de Caracas, etc .

Policlínica Metropolitana, lugar seleccionado para llevar a cabo el presente estudio, es una institución de salud privada fundada en 1975 por un grupo de médicos con la visión de construir un hospital privado inspirado en la tecnología y estructura norteamericana; en la metrópolis caraqueña. Esta ubicada al noreste de la ciudad capitalina, en la Urb. Caurimare. Tiene una estructura modular que alberga 150 camas; aproximadamente, 02 salas de parto, 07 quirófanos, 170 consultorios, 01 emergencia integral y 01 Unidad de Intervencionismo Cardiovascular, entre otras, la cual se creó hace algunos años y une a la Unidad de Radiología Intervencionista y la de Cardiología Intervencionista.

Particularmente, la Unidad de Radiología Intervencionista, cuenta con modernos equipos digitales dedicados, como ya se dijo, al diagnóstico y tratamiento de enfermedades vasculares periféricas, coronarias y de otros órganos. Contando, además, con un grupo de profesionales calificados para la realización de todos los procedimientos y actividades que se practican rutinariamente en ese lugar: Médicos Especialistas en Intervencionismo Cardiovascular (02), Especialistas en Radiología (01), Profesionales de Enfermería (06), Técnicos radiólogos (02), y eventualmente, algunos profesionales de otras disciplinas del área de la salud que intervienen en algunos procedimientos especiales.

A pesar de que la Policlínica Metropolitana es un instituto pionero a nivel nacional e internacional en la ideación, creación, organización, validación, implementación y

establecimiento de Guías de actuación del Profesional de Enfermería, Protocolos, Estándares y Normas, la Unidad de Radiología Intervencionista no cuenta con éstas herramientas en ninguno de los procedimientos que allí se efectúan.

En vista de la utilización de procedimientos científicos y tecnológicamente avanzados en las actividades del Intervencionismo Cardiovascular, se realizaron varias observaciones en donde se evidenció lo antes mencionado: la inexistencia de esquemas o guías de actuación de enfermería para la ATP, procedimiento que es uno de los más comprometedores y frecuentes dentro de todos los que se efectúan en la unidad; y que requiere de un profesional de enfermería debidamente entrenado. En vista de que no existe ningún tipo de sistematización de acciones de enfermería, surge la iniciativa de estudiar las condiciones actuales de ejecución de actividades y a raíz de ello, considerar la creación e implementación de estas guías o esquemas.

De esta manera, en función del avance profesional, tanto práctico como teórico de enfermería para esta unidad clínica, se formula la siguiente interrogante correspondiente a la investigación:

¿Existe un criterio único para la actuación del Profesional de Enfermería en el período perioperatorio de la Angioplastia Transluminal Percutánea, en la Unidad de Radiología Intervencionista de la Policlínica Metropolitana?

1.2.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1.- Objetivo General

- Diseñar una guía de actuación del Profesional de Enfermería en el período perioperatorio de la Angioplastia Transluminal Percutánea. Policlínica Metropolitana. Unidad de Radiología Intervencionista, segundo semestre del año 2005.

1.2.3.- Objetivos Específicos

- 1) Determinar la actuación del profesional de enfermería durante la valoración del paciente.
- 2) Determinar la actuación del profesional de enfermería durante preparación del ambiente quirúrgico.
- 3) Identificar la actuación del profesional de enfermería durante la administración de fármacos.

- 4) Identificar la actuación del profesional de enfermería durante la instrumentación de la intervención.
- 5) Determinar la actuación del profesional de enfermería durante la culminación del acto quirúrgico.
- 6) Elaborar una guía de actuación del Profesional de Enfermería durante el período perioperatorio de la Angioplastia Transluminal Percutánea.

1.3.- JUSTIFICACIÓN.

Según informes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el venezolano la esperanza de vida, en el quinquenio 1990-95, fue 74,7 años para mujeres y 68,9 años para hombres y en el quinquenio 1995-2000 fue 75,7 años y 69,9 años respectivamente.

En relación directa con estas cifras, para el año 2003 (ops-oms.org.ve), las tasas de mortalidad, por los seis grandes grupos de causas, ubicaron en primer lugar a las enfermedades del aparato cardiovascular (131,1 por 100,000 habitantes).

Las enfermedades cardiovasculares ocuparon el primer lugar entre las causas de muerte en 1999 con un 21% de incidencia, y en los últimos datos registrados del 2003 con un 39%, en donde más de la mitad ocurrieron por infarto agudo del miocardio. Por otro lado, las enfermedades hipertensivas aportaron una de cada 10 muertes y la tendencia para las enfermedades isquémicas continúa en ascenso. El principal grupo de edad afectado se encuentra entre 40 y 60 años, en donde el sexo masculino sigue siendo el más comprometido, así como las mujeres en edades postmenopáusicas.

Dentro del tratamiento de este tipo de enfermedades, la enfermería actual orienta sus actividades hacia la vigilancia epidemiológica, hacia la promoción, prevención y control dirigidas a los individuos, familias y comunidades, y trabaja en aspectos de atención integral del individuo tales como: alimentación, actividad física, educación sexual, genética cardiovascular, hipertensión y diabetes, tabaquismo, alcoholismo, drogas, etc. (Según publicación de la OPS y la OMS, 2000).

De acuerdo a lo establecido por Polit y Hungler (1999) en la enfermería la investigación ha tomado cuerpo y forma refiriéndose fundamentalmente a tres aspectos:

- 1) El objetivo final de la investigación es identificar un elemento que se constituya en la diferencia.

- 2) La investigación contribuye al desarrollo de la teoría y al cuerpo de conocimientos científicos de la Enfermería.
- 3) La investigación en enfermería persigue la mejora de los cuidados reflejando la perspectiva tradicional de la profesión.

Para efectos de esta investigación, en consideración con todo lo expuesto anteriormente, desde el punto de vista teórico se pretende hacer uso de la información disponible de las enfermedades cardiovasculares (conceptos, definiciones, estadísticas, descripción de procedimientos, etc) para establecer lineamientos que orienten cada acción del profesional de enfermería, específicamente durante la ATP.

Desde el punto de vista investigativo y metodológico, se aspira a la contribución y desarrollo del cuerpo de conocimientos científicos de la enfermería y la optimización de los cuidados prestados, mediante la utilización herramientas metodológicas como guías de observación y análisis descriptivos para determinar la actuación del profesional de enfermería durante el período perioperatorio de la ATP.

Desde el punto de vista práctico, se establece una propuesta de Guía de Actuación de enfermería durante el perioperatorio de la ATP (en el caso específico de Policlínica Metropolitana), con la finalidad ya mencionada, de perfeccionar u

optimizar la atención prestada, actuando de manera satisfactoria y otorgando calidad de servicio, y finalmente se considera que ésta investigación es una puerta abierta para estudios similares, así como una fuente de referencia para otras disciplinas.

El presente estudio, busca que los profesionales de enfermería cuenten con las acciones a ejecutar durante el periodo perioperatorio de la ATP, de manera sistematizada, garantizando así que la atención proporcionada al paciente sea de calidad. Con la sistematización, se disminuye el margen de error cuando el profesional de enfermería ejecuta la acción.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Torradeplot, I (1994), realizó un trabajo de investigación que tituló **“Implantación de una guía de valoración de enfermería en atención primaria.”** Fue una investigación realizada en el Centro de Atención Primaria “Sant Joan” situado en el Eixample de Barcelona-ciudad y tenía como objetivos fundamentales dar a conocer las distintas etapas que se siguieron en la valoración basada en el modelo de cuidados de Virginia Henderson durante la atención primaria y presentar una propuesta de lo que implicaba el trabajo de enfermería en forma de GUIA.

Para esa investigación, se crearon grupos de trabajo (4 grupos de 6 profesionales de enfermería ajenos a la unidad clínica) para observar las técnicas de valoración del personal de enfermería y para diseñar las guías de valoración que permitieran la inclusión de datos relevantes sobre la satisfacción de las 14 necesidades básicas que según la conceptualización de Henderson tiene la persona. Una vez confeccionadas las guías procedió a validarlas de acuerdo a un número programado de 75 entrevistas, y algunas entrevistas espontáneas (en número de 10) que surgieron

durante la investigación realizada en un lapso aproximado de 4 semanas, a los adultos de atención “fija” de la unidad escogida.

Los resultados de la investigación se fundamentaron en la determinación de la practicidad y utilidad de la guía, en función del formato, y del tipo de datos que recoge en el momento de la valoración. Ello determinó en los resultados: 1) El formato de la guía se consideró útil aunque poco práctico, por lo que se recomendó una reestructuración del instrumento que contemplara información específica y de relevante valor para el momento de la valoración; 2) A pesar de los esfuerzos hechos por el administrador de la guía, la toma de los datos se vio limitada por el tiempo empleado para su aplicación. Finalmente, la investigadora sugirió el uso necesario de una guía, en la que se recogieran datos de interés para el profesional de enfermería, de acuerdo al caso en estudio; a través de la cual se detectaron los problemas de salud del individuo, utilizando la taxonomía diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), y con la que se pudieron planificar los cuidados a brindar al usuario.

Aunque no se denominan “Guías”, las siguientes investigaciones están fuertemente relacionadas con el presente estudio: Mata, I y Vieira, A (2000) realizaron un estudio que llevaba por título: **“Intervención del profesional de enfermería en la preparación del paciente quirúrgico en la fase preoperatoria. Hospital Universitario de Caracas. Servicio de Cirugía, segundo**

trimestre del año 2000.”; que fue realizado en los servicios de Cirugía del Hospital Universitario de Caracas; siendo un estudio de tipo descriptivo, prospectivo, transversal y de campo; y tuvo como objetivo determinar la intervención del profesional de enfermería en la preparación del paciente quirúrgico en la fase preoperatoria.

La población estuvo conformada por: 32 enfermeras, 120 pacientes quirúrgicos que se encontraban hospitalizados en los mismos servicios y 120 familiares de los pacientes hospitalizados en los servicios de cirugía del Hospital Universitario de Caracas. La muestra del personal de enfermería por su lado estuvo constituida por el 100% de la población de enfermeras, y la muestra de pacientes y familiares fue de 48 individuos en cada caso. Esto determinó un muestreo probabilístico; y los métodos para la recolección de datos fueron: la observación y la encuesta; mientras los instrumentos fueron representados por una lista de cotejos y una encuesta estructurada.

Los resultados y conclusiones demostraron que el personal de enfermería efectúa deficientemente la valoración preoperatoria y que el aspecto menos tomado en cuenta era la preparación psicológica, demostrándose lo anterior con una alta carga emocional expresada por el paciente y por sus familiares antes de la cirugía. Se demostró finalmente que la asistencia en la preparación física, psicológica y familiar

del paciente candidato a cirugía es un elemento importante en la intervención de enfermería.

La investigación a la que se hizo referencia anteriormente no se trata de la construcción o propuesta de implementación de una guía de actuación de enfermería, pero es la sistematización “informal” de las actuaciones de enfermería que los autores plantean la similitud más importante que ambos estudios conservan.

Pérez, M. (2001) realizó un estudio titulado: **“Propuesta de Protocolo para los cuidados de Enfermería al paciente críticamente enfermo antes, durante y después de la Terapia Transfusional”**; realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos “Dr Oscar Lander ” de la Ciudad Hospitalaria “Dr Enrique Tejera” de la ciudad de Valencia, Estado Carabobo. Este estudio fue de tipo descriptivo, y su objetivo fue proponer un protocolo para los cuidados de enfermería al paciente críticamente enfermo antes, durante y después de la Terapia Transfusional de la unidad de cuidados intensivos de la institución antes mencionada.

La muestra de ese estudio estuvo conformada por 48 enfermeras (os) y para la recolección de datos se utilizó un cuestionario, que constó de tres partes: la primera con los datos laborales, la segunda esta referida a la variable en estudio y la tercera parte referidos al objetivo de la propuesta.

Las conclusiones demostraron que no existe un protocolo para los cuidados de enfermería dirigidos hacia el paciente que recibe terapia transfusional, evidenciando que las enfermeras y enfermeros que administran tal terapia no ejecutan acciones sistematizadas en los cuidados del paciente críticamente enfermo con indicaciones de ésta. Así, encontramos que la propuesta se convirtió en una alternativa para ampliar los cuidados que presta enfermería a estos pacientes.

De igual manera, la similitud con el presente estudio se refleja en la necesidad de una pauta para los cuidados de Enfermería de los pacientes, es decir sistematizar las acciones en la atención de enfermería.

2.2 BASES TEÓRICAS.

Actuación del Profesional de Enfermería durante el período perioperatorio

Sería un error desligar las diversas etapas que constituyen al acto quirúrgico de las previas y subsiguientes, sin embargo; con fines didácticos se puede desglosar en los períodos que se definen a continuación:

Período Preoperatorio

Según Kozier, B; Erb, G Y Olivieri, R (1997) :

La fase preoperatoria comienza con el momento en que se toma la decisión de operar y acaba cuando el cliente es trasladado al quirófano. En esta fase se debe preparar al cliente tanto física como

psicológicamente. Un aspecto esencial de la enfermería preoperatoria se enfoca hacia la comunicación con el cliente, explicándole lo que debe saber. La duración de este periodo puede ser desde pocas horas hasta meses (pp. 1439).

Con lo anteriormente expuesto, en relación a indicadores y subindicadores de este estudio, durante el preoperatorio de la ATP, se debe realizar una valoración en la cual la (el) enfermera(o) determina el estado general del paciente; incluyendo ámbitos tanto del estado psicoemocional como físico.

Durante la esta etapa, los profesionales de enfermería proporcionan información a los pacientes sobre las posibles sensaciones que experimentarán antes y después de la angioplastia, conocen al paciente y sus antecedentes y cumplen con actividades educativas, entre otras cosas, aclarando el alcance general que puede tener la ATP además de instruir sobre que ocurrirá después de la intervención.

Según Potter, P. y Perry, A. (2003):

La enfermera debe proporcionar a los clientes información sobre las sensaciones que van a experimentar después de la intervención quirúrgica. Esta información preparatoria ayuda a los clientes a prever los pasos a que va a someterse y, por tanto, le facilita la formación de unas imágenes realistas de la experiencia quirúrgica que van a vivir... (pp.1708). Así como también cita: ...La enfermera puede aumentar las explicaciones que a proporcionado el médico al cliente... (pp.1709).

Antes del inicio de la ATP, la instrucción preoperatoria toma un sentido informativo sobre todo lo que posiblemente ocurrirá, y esto influye positivamente en la disminución del grado de ansiedad y miedo que pueda sentir el paciente, independientemente del riesgo contemplado en cirugías como éstas.

En una intervención como la ATP, el período preoperatorio oscila entre 15 minutos y 1 hora, por lo que sólo se pueden llevar a cabo cuidados esenciales y acciones específicas.

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería, y se define como la toma y recopilación sistemática y organizada de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes, incluyendo al paciente, como fuente primaria; al expediente clínico o historia; a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente, como fuente secundaria .

Desde un punto de vista holístico es necesario que el profesional de enfermería conozca los patrones de interacción de todas las áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de salud, y por ello, la valoración esta orientada a verificar que el paciente llegue en correctas condiciones al área quirúrgica (vestuario, higiene corporal ,rasurado, ausencia de

joyas y otros objetos de uso personal, cabello completamente cubierto con gorro), además de realizar una evaluación de cómo el usuario ingresa al área quirúrgica, independientemente de que la cirugía sea ambulatoria o no, todo esto con la ayuda de los datos registrados en la historia clínica, como por ejemplo: antecedentes personales, y su condición física y psicológica actual.

Durante la valoración, el profesional de enfermería se orienta en las siguientes acciones específicas: verificar los datos del paciente y sus antecedentes de relevancia, (habiéndose familiarizado previamente con la historia clínica de éste), establecer una inmediata comunicación con el paciente, permitiendo que este exprese alguna duda que le ataque, con el objeto de orientar al individuo acerca de los procedimientos inmediatos a realizar, verificar las condiciones generales del paciente: uso de prótesis, vestimenta, aseo personal, uso de maquillaje, se realiza una primera medición de constantes vitales, como parte de la valoración física inicial, evaluar el estado psicológico general del paciente, etc.

Entre los métodos para obtener datos que se recomienda utilizar durante la valoración en el preoperatorio de la ATP, se incluyen la anamnesis, el examen físico y la revisión de la historia clínica del paciente

La anamnesis es el medio por el que el profesional obtiene información específica y necesaria para la planificación de los cuidados del paciente. Ella facilita la relación enfermera/paciente y permite al paciente informarse y participar. Entre otras cosas, ayuda al profesional a determinar que áreas requieren un análisis específico o una connotación de especial importancia para la realización de la angioplastia, en el caso particular de este estudio.

En la valoración del preoperatorio de la ATP el examen físico se orienta a constatar la integridad general de la anatomía del individuo y se aboca a conocer datos de relevancia como lo son las constantes vitales.

Todos los datos recopilados son de elevada importancia para el procedimiento en general, y es esencial que se organicen y registren adecuadamente. En esta etapa se trata de agrupar la información (datos de identificación, datos culturales y socioeconómicos, historia de salud, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas anteriores, los tratamientos prescritos en uso o antiguos y la breve valoración física que se realiza), de forma tal que ayude en la identificación de problemas o el acceso facilitado de la información.

Por su parte, la documentación y registro de la valoración justifica su uso y se considera que: constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario, facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad, y es una prueba de carácter legal.

Durante la instrucción preoperatoria, como inicialmente se mencionó, los profesionales de enfermería proporcionan información a los pacientes sobre las posibles sensaciones que experimentarán antes y después de la intervención y constituye la función educativa del profesional.

Período Intraoperatorio.

La segunda fase del periodo perioperatorio es el intraoperatoria, que Según Kozier, B; Erb, G Y Olivieri, R (1997) “se desarrolla en el momento de la intervención. Comienza cuando el cliente llega al quirófano y acaba cuando lo hace la intervención”. (pp. 1439).

Al igual que en el pre y post operatorio, en el periodo intra o transoperatorio se pueden describir diferentes etapas sucesivas. Para efectos de este estudio se describen las siguientes etapas:

Preparación del Ambiente Quirúrgico

Es necesario que todo procedimiento cuente con un orden para que se obtenga una culminación exitosa; por lo que antes que el episodio quirúrgico se inicie, es responsabilidad del profesional de enfermería **preparar el ambiente quirúrgico**. Para ello, en el preámbulo de una ATP es necesario que los profesionales de enfermería responsables de la sala de intervenciones ejecuten las siguientes actividades, descritas algunas de ellas por Du Gas, B. (2000):

- Ajustar la iluminación del quirófano: según el procedimiento, graduar la intensidad de la luz del mismo.
- Verificar que todos los equipos a utilizar o que se presuman sean necesarios durante la intervención, se encuentren en condiciones óptimas para operar, evitando que durante la intervención alguno de los equipos falle. Esto, con el fin de evitar retrasos que puedan aumentar la duración del acto quirúrgico. Es necesario comprobar que el instrumental quirúrgico y todo el material necesario se encuentre en un lugar de fácil acceso, en cantidad suficiente y en condiciones de uso, constatando su esterilidad.
- Disponer de equipos e instrumental adicional, previniendo que se presente alguna falla que ponga en riesgo el éxito de la intervención y comprometa al paciente.

- Buscar y preparar todo el material medico – quirúrgico necesario para la intervención; así mismo, tratar de disponer de mayor cantidad material al que generalmente se utiliza en el procedimiento.
- Preparar todo el instrumental necesario sobre las mesas circular y de mayo; otorgándole a cada instrumento la posición según el orden en que se vaya a utilizar.
- Considerar que el cliente sometido a anestesia es más propenso a las lesiones debido a que no es consciente de lo que le rodea y no puede protegerse así mismo. En este caso, el profesional de enfermería se encarga de situar al cliente en una determinada posición, que resguarde la seguridad integral del individuo. En el caso de la angioplastia, el paciente generalmente esta consciente durante el procedimiento, pero no se descarta la posibilidad de utilizar anestesia general, por lo que se debe tomar en cuenta lo antes descrito.

A continuación se incluye un breve listado de los aparatos que pueden encontrarse en la sala de operaciones de procedimientos de radio-cardiología intervencionista, según Asenjo, R; Goich, J. (1998) con respecto a un estudio realizado por Smith, D, 1978. Esto se especifica, debido a que además de la responsabilidad directa e indirecta que tiene el profesional de enfermería sobre la disponibilidad y correcto manejo de estos equipos dentro del quirófano, es también responsable de su correcto funcionamiento para el momento de la intervención y de una ergonómica y accesible ubicación de éstos durante el acto quirúrgico.

- La mesa de operaciones, ubicada generalmente en el centro de la sala, puede subirse, bajarse e inclinarse en ángulos deseados.
- Las luces del quirófano, localizadas por encima de la mesa para dar una luz brillante (lámparas cialíticas) y sin sombras, durante la cirugía.
- La máquina de anestesia, generalmente a un extremo de la mesa de operaciones, cercano al lugar donde se coloca la cabeza del paciente.
- El carro de anestesia, al lado de la máquina de anestesia y contiene los medicamentos, equipos y otros elementos que el anesthesiólogo puede necesitar.
- Los instrumentos estériles que se usarán durante la cirugía están ordenados en una mesa de acero inoxidable (mesa circular y mesa de Mayo).
- Monitores electrocardiográficos, o monitores de TV especializados(en donde se proyectan imágenes provenientes de tomógrafos, resonadores internos, fluoroscopios o amplificadores de imágenes).
- Medidores de presión arterial invasivos, no invasivos, electrocardiógrafos y oxímetros de pulso.
- Aparato de electrocauterización, o electrobisturí.
- Angiógrafos, pletismógrafos, electroreguladores, ecocardiografos, etc.

Además de estos equipos, también es necesaria la disposición de ciertos materiales médico quirúrgicos específicos tales como:

- Catéteres de Angioplastia: es un tubo hueco flexible que se utiliza para la revascularización del vaso ocluido, como más adelante se explica en lo correspondiente a la ATP.

Entre los tipos de catéteres que deben estar disponibles en la sala de operaciones se tienen: Catéter de Infusión con Cinta Radio-opaca; Microcatéter de Fibra trenzada (para dejar infusión continua e irrigar); Catéter Angiográfico Cerebral; Catéter Angiográfico Abdominal; Catéter Angiográfico Pigtailes; Catéter Balón de Dilatación, Catéter de Angioplastia.

El catéter de angioplastia, Cordis y Johnson&Jonson (2003):

Es un catéter de dilatación con variación de luces (bilumen, trilumen, etc.) diseñado con la disposición de un balón inflable en su extremo distal, que se expande a voluntad de quien lo manipula, cuando esta a nivel de la obstrucción del vaso. Es de material radiopaco y no reusable (pp 10).

Las guías son instrumentos de acero inoxidable y otros materiales especiales, generalmente heparinizados que están diseñadas para la entrada percutánea a vasos; usando la técnica de Seldinger (que consiste en la cateterización de un vaso en la cual primero se punza el vaso con una aguja, luego se pasa una guía, a continuación se dilata el trayecto, y por último y en forma coaxial se avanza el catéter a través del

vaso) para facilitar la(s) introducción(es) de un dispositivo intravascular o lo que a este caso respecta, del catéter de angioplastia. Existe otro instrumento que se utiliza simultáneamente con la guía y es el introductor, que no es más que un tubo hueco cuya finalidad es facilitar la inserción de la guía a través de la aguja de punción.

Entre los tipos de guías que deben estar disponibles en la sala de operaciones se tienen: Guía Terumo; Guía Rosen; Guía Newton; Guía Amplatz; Guía Wholey; Guía Bentson; Guía Neuro; Guía 014 y 018; Guía Platinum Plus; Guía Goose Snare, etc.

Entre los tipos de introductores que deben estar disponibles en la sala de operaciones se tienen: Introductores Brite Tipe; Introductores Convencionales Largos; Introductores de Hemostasia, etc.

Entre otros de los materiales necesarios se encuentran los balones de dilatación, que según, Boston Scientific (2000), no son más que dispositivos expandibles, responsables de la dilatación de la luz del vaso. En una unidad de intervencionismo cardiovascular los balones varían en marcas, diámetros y números; pero su utilidad siempre es la misma.

Es el mismo caso de los Stents o cánula intraluminal de arteria coronaria, que es un pequeño tubo de malla de acero autoexpandible que se coloca dentro de la arteria coronaria para mantener el vaso dilatado. Puede utilizarse durante una cirugía para injerto de una derivación (bypass, en inglés) para mantener dilatado el vaso injertado, después de una angioplastia con balón para prevenir que el vaso sanguíneo vuelva a cerrarse o durante otras cirugías del corazón. (Según Daller John, 2004).

Existen diferentes tipos de stents que difieren entre si por el material utilizado y por la estructura de la malla, algunos consisten en dos helicoides en fase y otros son una sucesión de paralelogramos adyacentes. Sin embargo, al igual que la guía la utilización no difiere.

Preparación del Paciente:

Según Koziar, B; Erb, G Y Olivieri, R (1997) “la preparación del paciente incluye aquellas acciones que están orientadas directamente a ultimar los detalles que tienen que ver con la acomodación preliminar del individuo minutos antes de la cirugía.” (pp 1456).

El profesional de enfermería debe corroborar que antes que el paciente ingrese a la sala de intervenciones cuente con una vía venosa periférica para la administración posterior de la anestesia, fármacos y/o soluciones coloides o

cristaloides según sea el caso y la necesidad del paciente. Si el paciente no cuenta con un acceso venoso y requiere de la administración de algún líquido por vía endovenosa durante la intervención, se pone en riesgo su vida, debido a que, este puede descompensarse considerablemente y mientras se le cateteriza una vía venosa periférica puede complicarse gravemente e incluso fallecer, por lo tanto, se corrobora la existencia de este primordial acceso, o de lo contrario , se crea uno. (Du Gas, B. 2000).

En el caso de las angioplastias, una vez determinado lo anteriormente expuesto, el paciente es trasladado y ubicado sobre la mesa operatoria considerando el tipo de posición anatómica que debe adoptar el cuerpo del paciente; una vez allí, y previo a colocarle en la posición final, se colocan los dispositivos de monitorización y se realiza una medición de constantes vitales.

En el quirófano se utiliza una solución de yodopovidona con el objetivo de preparar la piel de la zona de punción y disminuir el porcentaje de microorganismos y el riesgo de infección. Si es preciso rasurar el área debe realizarse en los momentos previos al acto quirúrgico.

Una vez realizada la asepsia sobre la zona operatoria, se procede a la colocación de una serie de “ropas” estériles (campos estériles) sobre la misma, varios y con una

organización predeterminada, se disponen sobre la piel para permitir el acceso único de la región anatómica a intervenir a través de una ventana que delimita los alcances del personal y facilita el manejo de la esterilidad.

Administración de Fármacos

Durante esta etapa (recalcando que muchas de las etapas mencionadas se llevan a cabo de manera simultánea) el profesional se dispone a la selección, preparación previa o inmediata y administración de sustancias medicamentosas que se requieren de acuerdo al tiempo quirúrgico o de acuerdo a la situación del momento.

Así se tiene: pre- selección, selección y administración de líquidos parenterales: cristaloides, coloides, hemoderivados, etc; preparación y administración de fármacos: anestésicos, relajantes, reversores, analgésicos, vasoactivos, neurodresores, cardioactivos, contrastes, vasopresores, o cualquier tipo que se amerite en el momento; evaluación de la respuesta orgánica del paciente postmedicación y elección de nuevas e inmediatas conductas. (Orland, M; Saltman, R 1986). Esta es una función “electiva” pero a la vez obligatoria del profesional de enfermería y está orientada a resguardar la integridad de este.

Instrumentación

Según Potter, P Y Perry, A (2003):

Durante la intervención quirúrgica, la enfermera adopta una de estas 2 funciones: *enfermera instrumentista o enfermera circulante*. La enfermera instrumentista lleva puesta ropa quirúrgica y se encarga de proporcionar al cirujano los instrumentos y el material, lo que exige utilizar siempre una asepsia quirúrgica, así como estar muy familiarizada con el instrumental quirúrgico. (pp. 1731).

Así mismo, las autoras refieren que:

La enfermera circulante es una ayudante de la enfermera instrumentista y no es necesario que lleve puesta ropa quirúrgica estéril... se encarga de entregar el material a la enfermera instrumentista, así como de deshacerse de las compresas y gasas sucias y de contar el material, las agujas y las compresas utilizadas. (pp 1731).

En casos como el de las angioplastias se necesita tanto conocimiento como destreza para prever qué instrumento se requiere y de qué manera proporcionarlo.

Es importante definir las acciones y responsabilidades de los profesionales de enfermería en cualquiera de los roles, y esa es la piedra angular de esta investigación, pues con la creación de la guía de actuación no solo se hace una definición de cada acto, sino que se presenta cada evento en su totalidad, de manera sistemática y organizada.

La enfermera instrumentista debe conocer todos los pasos quirúrgicos de las intervenciones a realizar y estar preparada para colaborar en los mismos, así junto con la enfermera circulante preparará todo el equipo, material, accesorios, etc, necesarios en la sesión quirúrgica, teniendo en cuenta, las necesidades específicas de cada intervención y de cada cirujano, comprobando las condiciones reales en las que se realizará la angioplastia.

Antes del procedimiento realizará el lavado quirúrgico de las manos, vistiéndose seguidamente, con la ayuda de la enfermera circulante, con ropas estériles. A continuación montará o preparará la mesa general del instrumental y la mesa auxiliar con los instrumentos estrictamente necesarios.

Una vez que el resto del equipo quirúrgico haya realizado el lavado de manos se puntualiza su acción en: colaborar en el montaje de los campo quirúrgico, entregar el material e instrumental solicitado por los cirujanos y/o ayudantes de acuerdo al tiempo del procedimiento, que en el caso de la angioplastia se refiere principalmente a: el instrumental de abordaje, los catéteres y guías previamente purgados, los balones y stents, el instrumental o materiales de exéresis y los de síntesis y hemostasia, conservar en todo momento las mesas limpias y ordenadas, evitar que en el campo quirúrgico existan materiales no útiles, llevar un control riguroso de las gasas o

compresas que se utilicen, cuidar la esterilidad tanto del campo quirúrgico como de los instrumentales, etc. (Orland, M; Saltman, R 1986).

Una vez finalizada la intervención colaborará en la colocación de apósitos quirúrgicos, retirará las hojas de bisturí, agujas y demás objetos cortantes y punzantes y los descartará en los dispositivos adecuados. Una vez el instrumental esté limpio lo colocará en el orden establecido en las bandejas correspondientes, preparándolo para su reenvío a esterilización. Además colaborará con el resto del equipo en dejar la sala perfectamente preparada.

Durante todo el acto quirúrgico, el paciente es monitorizado, valorando los signos vitales; lo que permite hacer un seguimiento del estado general del mismo, y los cambios que en este se generan como consecuencia de la técnica. Se debe procurar al mismo tiempo, con ayuda de la enfermera circulante, registrar en los formatos diseñados para este fin los resultados de obtenidos con la monitorización. Este es un evento que se considera importante para el éxito del acto quirúrgico.

Para el final de la fase intraoperatoria, se realizan Mediciones y Registros finales de los eventos relevantes ocurridos durante la intervención.

Período Postoperatorio

Kozier, B; Erb, G Y Olivieri, R (1997) refieren que : “es el período que transcurre después de la intervención. Comienza con la admisión del cliente en recuperación y acaba cuando este ha llegado a una rehabilitación completa.” (pp. 1439).

Para el caso de la angioplastia, una vez culminada el paciente es trasladado hasta el sala de recuperación postquirúrgica, en donde se espera que la funcionalidad del organismo del paciente retorne a su completa normalidad.

Simultáneamente, se debe realizar la organización del ambiente quirúrgico que contempla la limpieza y organización del área quirúrgica, así como también de los instrumentos y/o material medico – quirúrgico que hayan sobrado. Durante esta etapa de organización, se recoge todo el instrumental quirúrgico empleado y se procede a lavarlo y llevarlo a esterilizar; logrando que el área quirúrgica quede completamente apta para otra intervención .

Kozier, B; Erb, G y Olivieri, R (1997) refieren que “las barandas protectoras de la cama deben estar levantadas durante la recuperación del paciente” (pp 1458); siendo imprescindible la ejecución de este aspecto en el caso de la angioplastia, pues el paciente no puede movilizar el miembro donde se hizo la punción, así como

también puede ser necesaria una manta térmica que le suministre calor adicional suficiente para que este cómodo.

Las acciones antes descritas, buscan el bienestar y la disminución de los riesgos que podrían retrasar el período de recuperación del paciente.

Entre otras cosas y siendo más específicos, los profesionales de enfermería de esta área, se encargan de mantener una valoración constante de las funciones respiratorias, funciones cardiovasculares, vendajes, estado neurológico, la administración de medicamentos en presencia de dolor para prevenir complicaciones como por ejemplo: sangrado en la zona de punción, desaparición de los pulsos distales del miembro en donde se realizó la punción, cianosis distal, taquicardia abrupta, etc.(Kozier, B; Erb, G Y Olivieri, R. 1997; pp. 1458)

En función de este estudio, es de suma importancia realizar la valoración inicial (fase preoperatoria), la medición y registro de signos vitales durante el proceso quirúrgico (fase intraoperatoria), así como la posterior reevaluación (fase postoperatoria); ya que estos elementos reflejan el estado de ingreso del paciente, su evolución durante la intervención y posterior a ella.

Finalmente el profesional de enfermería, debe participar en la planificación del alta médica, junto al profesional de medicina responsable de la misma, esto para

brindar al usuario una atención de calidad. En la unidad clínica donde se lleva a cabo el presente estudio, el profesional de enfermería participa activamente en los tres tiempos operatorios.

Entre las consideraciones para otorgarle el alta a un paciente se toman en cuenta las siguientes: comprobar que el estado de sedación haya disminuido, el paciente se mostrará activo y mantendrá un diálogo acorde: luego de pasar los efectos anestésicos el paciente debe encontrarse en condiciones para mantener una conversación acorde, disminuir la intensidad del dolor: previa indicación médica, la enfermera esta en la responsabilidad de administrar analgésicos, para mejorar la condición del paciente, la herida no debe presentar sangrando, o debe ser mínimo, constantes vitales en valores consideradas como normales. (Según Potter, P Y Perry, A, 2003; pp 1732)

De esta manera, se culmina el evento exitosamente cuando el paciente se retira de la unidad en una condición postoperatoria estable.

Guía de Actuación de Enfermería.

En el área de la salud, específicamente en la enfermería, una guía se manifiesta como un documento o un plan de actividades bien definidas y concretas de procedimientos relacionados con la práctica clínica, que estarán representados

por actividades realizadas por los profesionales de enfermería para el cuidado de un individuo. Es de manera concreta, la sistematización de acciones competentes a un evento específico.

Según Bartolomé, L. (2002) las “guías de la práctica clínica son un conjunto de recomendaciones o normas desarrolladas de forma sistemática que tienen la finalidad de facilitar la toma de decisiones adecuadas en una situación clínica específica.”(pp 38).

Las guías de Actuación clínica son herramientas, apoyadas en la mejor evidencia científica posible, que establecen protocolos asistenciales para evitar la disparidad de criterios a la hora de abordar un problema e incrementar el grado de confianza del profesional sobre la opción más correcta.

Las guías son redactadas para prevenir la atención inadecuada, reducir la variabilidad de la práctica clínica e incrementar la eficiencia de la atención sanitaria, pero fundamentalmente para proporcionar directrices para la toma de decisiones de modo que la acción pueda efectuarse de acuerdo con el sistema de objetivos y fines de la organización, proteger la seguridad de los pacientes y proteger al profesional. En concreto, la guía hace un recorrido exhaustivo de todas aquellas actuaciones que el (la) enfermero(a) realiza a la hora de atender las necesidades básicas del enfermo.

Las guías metodológicas de atención de enfermería constituyen instrumentos de planificación y gestión que deben ser manejados por el profesional de enfermería y que serán aplicados a una realidad específica, con el fin de utilizar los recursos humanos, materiales y financieros en forma eficiente y establecer parámetros de evaluación e indicadores de la calidad de los servicios.

Entonces, una guía de actuación de enfermería en su esencia es la sistematización de acciones, un conjunto de recomendaciones o normas que tienen la finalidad de facilitar la toma de decisiones adecuadas en una situación clínica específica, y describe claramente la responsabilidad y acciones que se han de llevar a cabo por los profesionales de enfermería en un situación descrita.

En relación a lo antes dicho, este estudio tuvo como finalidad que los profesionales de enfermería de la Unidad Clínica escogida, contasen con una serie de normas sistematizadas que faciliten la toma de decisiones y que describan claramente las responsabilidades y acciones que deben realizar durante la Angioplastia Transluminal Percutánea.

Según la Guía Metodológica de Atención de Enfermería (2000), los objetivos de las guías de actuación están enmarcados dentro de la garantía de la calidad del servicio, facilitando la toma de decisiones adecuadas en una situación clínica

específica, incluyendo aspectos como: alcanzar y mantener un nivel de calidad en la atención, definir recomendaciones o normas desarrolladas de forma sistemática, prevenir la atención de enfermería inadecuada, reducir la variabilidad de la práctica clínica, incrementar la eficiencia de la atención sanitaria, orientar el cuidado y la atención de enfermería en función de los estándares técnicos, científicos, sociales, humanos y éticos preestablecidos, cumplir con los lineamientos generales del servicio.

Para efectos de este estudio la importancia de las guías de actuación recae en la búsqueda de la sistematización de acciones.

Así mismo, la NANDA (2001) establece que las guías de actuación están orientadas a: garantizar la calidad de atención y de los servicios ligados a la satisfacción del cliente, garantizar la eficiencia de los recursos asignados a la producción del servicio, servir de protección legal en casos específicos, reducir los costos de la atención de salud: Racionalizar los recursos de los que se disponen, facilitar la comunicación entre el equipo de salud, unificar criterios, facilitar el conocimiento de las actividades que se deban realizar, garantizar la correcta realización de las actividades establecidas.

De acuerdo a la estructura que plantea la Guía Metodológica de Atención de Enfermería (2000), la guía no debe ser una reseña historia, ni una revisión

normológica de procedimientos, sino más bien una presentación de acciones sistemáticas que conducen en la toma de decisiones, y orienta en el carácter secuencial de las actividades a realizar, incluyendo en su estructura otros elementos necesarios para la cobertura de los aspectos fundamentales a la hora de realizar los procedimientos.

Las guías de actuación tiene un carácter integral: enfermería como parte de un subsistema de salud forma parte de un equipo multiprofesional lo que hace que en un momento determinado se compartan pensamientos, ideales y esfuerzos en función de alcanzar los objetivos propuestos.

En función de esto, es importante la participación de otros profesionales de las ciencias de la salud, a fin de unificar criterios y tener el apoyo que de alguna manera se requiere para desarrollar múltiples actividades, sean estas dependientes, interdependientes e independientes, en la ideación y realización de una guía de actuación.

A continuación, se presentan las características definitorias de una guía de actuación de enfermería, según Cuenca, N (2002), siendo necesario aclarar, que éste no es el único formato existente para elaborar una guía de actuación.

TABLA N^o 01

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DE LA GUÍA DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN CUENCA, N. (2002)	
Título	<ul style="list-style-type: none"> • Se debe especificar el nombre de la patología, problema, procedimiento o atención . • Debe así mismo especificar el grupo poblacional • Debe definir la atención en aguda o crónica o según severidad de la patología. <p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guía de actuación de enfermería en la atención a pacientes sometidos a intervención quirúrgica
Definición	Definir sucintamente primero la patología o procedimiento en que se aplicará el instrumento, segundo, la población objetivo tratando de homogenizarla en lo posible.
Objetivos	<p>Los objetivos de la guía están en relación a :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistematización de las acciones de enfermería para una mejor toma de decisiones. • Garantizar la efectividad de la atención . • Disminuir los riesgos y los costos. • Proporcionar directrices generales.
Nivel de Atención	<p>Se especifica el nivel o perfil del servicio en el que se atiende o resuelve el problema.</p> <p>Se define los criterios para determinar el tipo de atención en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorio.

	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalario. • Emergencia. • UCI.
Evaluación de resultados.	<p>Ejemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de sangrado disminuido. • El paciente debe mostrarse activo y debe mantener un dialogo acorde,etc.

Así mismo, Pinto, Y. y Méndez, N (2002), diseñaron un modelo de Guía de Enfermería, para ser implementada en los servicios de la Policlínica Metropolitana (PCM).

El modelo consta de varios parámetros entre los cuales se encuentran: a) encabezado con logo de la institución y unidad clínica; b) enunciado del procedimiento y/o cuidado; c) objetivos ; d) observaciones y/o contraindicaciones; e) personal; f) material necesario; g) preparación del paciente; h) preparación del personal; i) ejecución; j) puesta en orden; k) detalles de calidad; l) créditos o autores; m) bibliografía. De una más práctica y comprensible se puede observar la estructura en Anexo # 1.

La elaboración de guías de atención en enfermería surge para dar una mejor calidad en el servicio a los pacientes. Uno de los beneficios fundamentales es que aunque el trabajo en equipo no siempre está libre de diferencias, gracias a la existencia de las guías, se posibilita una mejor atención a los pacientes y se admite una mejor comunicación entre los grupos de trabajo.

Entre los beneficiarios directos de las guías de actuación están: clientes internos, como pacientes y usuarios de los servicios de salud: quienes reciben el beneficio de una calidad de atención mejorada gracias a la unificación de criterios tan mencionada que brinda la guía y a la organización de las actividades que éste provee; profesionales de Enfermería: ya que se convierte en un instrumento muy útil para la práctica de la profesión; gestores de salud de la organización hospitalaria: la guía es además de un instrumento una fuente de información global de ciertos procedimientos; otros profesionales miembros del equipo de salud: se constituyen en documentos de orientación para la ejecución de actividades simultáneas o relacionadas a las establecidas en la guía; servicios de apoyo de la organización hospitalaria; instituciones docentes formadoras de recursos humanos en el área de la salud: se convierte en un instrumento de estudio e investigación.

Enfermedad Cardíaca

Según un artículo publicado por U.S. Department of Health and Human Services (2002), la enfermedad cardíaca es cualquier trastorno que afecta la capacidad del corazón para funcionar normalmente y con el tiempo, las arterias que llevan la sangre al corazón y al cerebro pueden obstruirse, debido a la acumulación de células, grasa y *colesterol* (placa.) La disminución en el flujo de sangre al corazón debido a obstrucciones en las arterias ocasiona ataques cardíacos.

Los síntomas de la cardiopatía generalmente obedecen a isquemia, alteraciones de la contracción o relajación del miocardio, obstrucción del flujo sanguíneo o alteraciones del ritmo o de la frecuencia cardíaca. La isquemia suele manifestarse por dolor torácico, mientras que la incapacidad de bombeo del corazón determina debilidad y fatiga o, en los casos más graves, cianosis, hipertensión y síncope. La obstrucción del flujo sanguíneo, como sucede en la estenosis valvular, produce síntomas similares a los de la insuficiencia cardíaca congestiva. Las arritmias cardíacas con frecuencia aparecen de manera repentina, y los signos y síntomas resultantes (palpitación, disnea, angina, hipotensión, presíncope, y síncope) suelen producirse de manera brusca y desaparecen con la misma rapidez con la que se establecieron. (Según Marso, S. Griffin, B 2002)

Muchos enfermos con patologías cardiocirculatorias también pueden encontrarse asintomáticos, tanto en reposo como durante el esfuerzo, pero suelen manifestar algún signo patológico en la exploración sistémica o una anomalía del electrocardiograma (ECG) o de la silueta cardiaca en la radiografía de tórax.

Las enfermedades del corazón y de la circulación son muy frecuentes, y la población está tan familiarizada con sus síntomas cardinales que los pacientes, y a veces los mismos médicos, atribuyen erróneamente muchos síntomas no cardíacos a una enfermedad cardiovascular. La combinación del temor tan extendido a las enfermedades del corazón, junto con las connotaciones emocionales, arraigadas en lo más profundo de la función de este órgano suelen provocar síntomas que simulan los de una enfermedad orgánica en personas con un aparato cardiovascular normal.

Los pacientes con una cardiopatía confirmada, en especial los que han sufrido un acontecimiento cardiovascular grave, como infarto de miocardio o arritmia grave, a menudo se muestran asustados y preocupados cuando reciben el alta hospitalaria y deben reanudar sus actividades normales, incluidas las relaciones sexuales. En la atención de los pacientes cardíacos resulta vital ocuparse de estos aspectos.

Según Farreras, P y Rozman, C. (1996):

En *patología médica* el diagnóstico clínico o de las enfermedades del aparato cardiovascular ha de ser *etiológico, anatómico y funcional*, para lo cual se dispone de la anamnesis, el examen clínico, el examen

radiológico y el electrocardiograma, entendiendo, que la radiografía de tórax y el electrocardiograma, en cardiología, deben formar parte de la *exploración clínica*.

De todos los pasos, el fundamental es la anamnesis, seguido de la exploración física. Estos dos métodos, bien ejercitados e interpretados, pueden proporcionar el diagnóstico de certeza en alrededor del 90% de los pacientes. En algunos, sin embargo, será necesario el empleo de *técnicas especiales*, como ecocardiograma, estudios radioisotópicos, cateterismo cardíaco, angiocardiografía, etc., para precisar el diagnóstico o determinar la gravedad de la lesión. (pp 410).

De forma más amplia, Braunwald, E. (1999) hace referencia a: “El electrocardiograma, ha llegado a ser un instrumento utilísimo en la práctica clínica, ya que es el único método práctico de registrar el comportamiento eléctrico del corazón”. (pp 115).

La eficacia del corazón como bomba se puede determinar con precisión mediante el cateterismo cardíaco. En esta técnica se introduce un catéter a través de una vena o una arteria, o ambas, en las cavidades cardíacas derechas, izquierdas, o en ambas, en la arteria pulmonar y en la aorta. Mediante este proceso se puede determinar la tasa de flujo sanguíneo y registrar la presión sanguínea intracardiaca y en los grandes vasos, y hace posible detectar comunicaciones anómalas entre las cavidades cardíacas derecha e izquierda.

Así mismo, Asenjo, R; Goich, J. (1998) describen:

Una técnica diagnóstica llamada angiocardiografía o cinefluoroscopia, mediante la cual es posible obtener imágenes de las

cavidades cardíacas, trayecto y contorno de los vasos pulmonares, como también de la aorta y sus ramificaciones. Esta técnica implica la inyección de una sustancia opaca a los rayos X en una vena. Existe otra técnica nueva que permite obtener una delineación incluso más exacta de zonas del corazón con flujo sanguíneo reducido, mediante la visualización del flujo de un isótopo radiactivo del talio en el músculo cardíaco; y mediante la ayuda de una cámara computerizada se registra el grado de penetración del talio durante el ciclo cardíaco de sístole-diástole, mostrando con precisión las pequeñas áreas de tejido lesionado. Otra técnica que se utiliza con frecuencia hoy en día es la obtención de imágenes mediante ultrasonidos (ecocardiografía).

Una vez establecido el diagnóstico completo, generalmente se dispone de diversas modalidades terapéuticas. Para ilustrar los principios del tratamiento cardiovascular moderno, se citarán a continuación algunos ejemplos:

Si no se observa enfermedad cardiovascular, pero el enfermo tiene uno o varios factores de riesgo que favorecen la cardiopatía isquémica, conviene diseñar un plan para reducir estos factores de riesgo y valorar periódicamente al enfermo.

En los pacientes con valvulopatías que se encuentran asintomáticos o muestran signos leves, es necesaria una revisión periódica. De esta manera, se pueden reconocer los primeros signos de deterioro.

En los pacientes con cardiopatía isquémica es necesario establecer criterios claros acerca del tipo de tratamiento (médico, intervención coronaria percutánea o revascularización quirúrgica). La revascularización mecánica, es decir, las dos

modalidades citadas en último lugar, constituyen un gran avance en el tratamiento de esta cardiopatía tan frecuente en los países desarrollados, pero posiblemente estas técnicas se emplean con demasiada frecuencia en EE.UU.

Dentro de las enfermedades cardíacas encontramos las vasculares, entre ellas la arteriosclerosis, que según Farreras, P y Rozman, C. (1996):

Constituye la causa más frecuente de vasculopatía y, en sus distintas manifestaciones, la primera causa de muerte de los países industrializados. Pueden definirse las vasculopatías del sistema arterial como aquellas en que las manifestaciones patológicas son resultado de enfermedades propias de dicho sistema. Se dividen en oclusivas u obliterantes y ectasiantes según su evolución anatómica conduzca a una reducción de la luz arterial o a una dilatación de la arteria, aunque pueden coexistir ambos hechos. (pp 637).

Según Farreras, P y Rozman, C. (1996):

Aunque las causas de obliteración de las arterias son muy variadas (degenerativas, inflamatorias, mecánicas), la consecuencia, con sus distintas peculiaridades de presentación clínica, siempre es la misma: la isquemia y la posible necrosis de los tejidos irrigados por ellas. El término *arteriosclerosis* significa literalmente endurecimiento arterial. Para LOBSTEIN, quien acuñó esta palabra, se trata de un proceso involutivo generalizado, en relación con la edad, en el que se pierden las fibras elásticas y se engrosan e induran las capas íntima y media, pese a lo cual, la arteria carece de resistencia y es capaz de desarrollar un aneurisma. (pp 637).

Por otro lado, Asenjo, R. Goich, J. (1998) refieren que:

La afectación del territorio esplácnico es causa de isquemia mesentérica e infarto intestinal y puede dañar directamente el riñón con

una estenosis de la arteria renal, por ejemplo. Incluso dentro de un lecho arterial dado. La arteriosclerosis suele producir una lesión focal característica de ciertas regiones predispuestas. Así, en la circulación coronaria la enfermedad oclusiva arteriosclerótica muestra una predilección por la parte proximal de la arteria ascendente anterior izquierda, en la circulación sistémica se afectan las porciones proximales de las arterias renales y en el territorio cerebrovascular, la bifurcación carotídea.

Las lesiones arterioscleróticas tienden a aparecer en los puntos de ramificación arteriales, que son las zona de flujo sanguíneo turbulento. No todas las manifestaciones de la arteriosclerosis son consecuencia de la enfermedad estenótica oclusiva y así, por ejemplo, en la aorta son frecuentes las ectasias y el desarrollo de las aneurismas. De esta manera las arteriosclerosis se desarrollan de manera intermitente no solo en el espacio como se ha señalado, sino también en el tiempo.

Las lesiones arterioscleróticas afectan a todo el mundo occidental. La mayoría de los ateromas no producen síntomas y jamás llegan a causar manifestaciones clínicas es por ello que la remodelación arterial durante la formación del ateroma constituye un aspecto clínicamente importante, aunque a menudo despreciado, en la evolución de la placa arteriosclerótica.

En las fases iniciales del desarrollo del ateroma, la placa suele crecer alejándose de la luz arterial (crecimiento abluminal), por lo que los vasos afectados por la aterogénesis tienden a aumentar de diámetro lo que se denomina agrandamiento

compensador. Hasta que la placa no cubra más del 40% de la circunferencia de la lámina interna, no comienza a estrecharse la luz arterial, por ello, durante gran parte de la evolución del ateroma no se produce estenosis alguna con limitación de flujo sanguíneo. En fases más avanzadas de la placa, suelen aparecer estenosis que dificultan el flujo. Es en este momento cuando comienzan las manifestaciones a través de síndromes estables, por ejemplo, la claudicación intermitente de los miembros afectados.

Las manifestaciones clínicas de la arteriosclerosis dependen tanto de las características biológicas de la placa de ateroma como del grado de afectación de la luz y eventualmente el mayor conocimiento de la aterogénesis permitirá conocer la forma en que los tratamientos actuales pueden mejorar el resultado final, a la vez que sugerirá los nuevos objetivos de las intervenciones futuras.

Harrison. T.R, et al. (2002) refiere que:

Entre las opciones terapéuticas de la arteriosclerosis se encuentran las medidas de sostén, el tratamiento farmacológico y las intervenciones quirúrgicas y no quirúrgicas, pudiendo decir en cuanto al tratamiento farmacológico que este no tiene tanto éxito como se quisiera; sin embargo, en combinación con procedimientos como la revascularización mínimamente invasiva o angioplastia transluminal percutánea, la colocación de una endoprotesis y la aterectomía habitualmente reservan resultados exitosos por los que podrían evitarse las intervenciones quirúrgicas como por ejemplo una derivación aortobifemoral o una endarterectomía. En conclusión tenemos que la elección del

procedimiento depende de la localización y el grado de la obstrucción, así como de la situación general del paciente.

Dentro de los avances en la medicina actual, encontramos al **Intervencionismo Cardiovascular** y debe destacarse que cada ciencia que conforma a la medicina como tal ha experimentado un proceso de evolución y desarrollo, manifestado directa e indirectamente en los sistemas de salud vigentes. En la cardiología contemporánea se ha observado un desarrollo y una hiperespecialización progresiva, adquiriendo un grado de complejidad científica y tecnológica muy elevado convirtiéndose en una disciplina difícil de abordar, sin recurrir a las relaciones con otras ramas del conocimiento.

El intervencionismo cardiovascular es un hito estructural del desarrollo que se ha mencionado, y según Topol, E. (2001) no es más que una rama de la medicina cardiovascular que trata al sistema cardiovascular como un todo permitiéndose el diagnóstico oportuno y tratamiento mínimamente invasivo y riesgoso de las enfermedades cardiovasculares, combinando el manejo de equipos especializados, técnicas de diagnóstico y tratamiento mediante catéteres, agujas y otros instrumentos específicos que persiguen ofrecer al paciente la excelencia en los resultados.

Según estudios realizados por médicos expertos de la PCM:

El intervencionismo cardiovascular incluye fundamentalmente dos disciplinas: la Radiología Intervencionista, que incluye procedimientos diagnósticos vasculares como las *arteriografías* y procedimientos

terapéuticos vasculares como la *angioplastia* y *colocación de Stent o Prótesis Endovascular en:* enfermedad vascular periférica, aneurisma de aorta, ilíacas, renales, miembros inferiores, carótidas; *embolización y quimioembolización de tumores vía intraarteriales*, además de *láser endovascular*. De igual manera, incluye procedimientos no vasculares como lo son las *biopsias* con guía fluoroscópica, ultrasonográfica o por TC; que garantizan un diagnóstico inmediato y posteriormente un tratamiento oportuno y eficaz. (Documento en línea, www.policlinicametropolitana.com.ve).

Así mismo, se destaca que la Cardiología Intervencionista no solo realiza *cateterismos coronarios diagnósticos*, sino que también lleva a cabo intervenciones terapéuticas de la enfermedad cardiovascular, como por ejemplo la *rotablación*.

Para el año de 1950 ya se practicaban procedimientos que se incluyen en estos tiempos dentro de lo que científicamente se ha descrito como intervencionismo cardiovascular, pero que en aquel momento eran procedimientos únicos y en determinadas situaciones, aisladas. En 1958 el Dr Mason, S. y su equipo de la Clínica Cleveland realizaron la primera arteriografía coronaria selectiva, procedimiento que posteriormente se fue especializando y para 1962 ya se conocía como cateterismo cardiaco, realizándose actualmente alrededor de 1.5 millones de cateterismos cardiacos en los Estados Unidos al año.

Así como los procedimientos han experimentados una especialización, y sus contextos definen al intervencionismo cardiovascular, también las ciencias

tecnológicas se han acoplado al mencionado crecimiento. Entonces, se considera al intervencionismo cardiovascular como una nueva disciplina, con técnicas novedosas que se incluyen dentro del saber cardiológico vigente y que organismos rectores como la American College of Cardiology y la American Heart Association (ACC/AHA), reconocen, estudian y categorizan.

Angioplastia Transluminal Percutánea: ATP

Según estudio realizado por el Dr Arnaldo, F (2004): “La angioplastia es un procedimiento médico en el que se usa un balón para abrir vasos sanguíneos del corazón (arterias coronarias) que presentan obstrucción o estrechamiento y no se considera un tipo de cirugía” (Documento en línea).

Así mismo, refiere que:

La Angioplastia Coronaria se ha convertido en la técnica de revascularización miocárdica más utilizada en todo el mundo, también hace su aparición la Angioplastia Transluminal Percutánea, siendo su utilización efectiva por lo que ha ido aumentando en forma exponencial, superando en número de procedimientos inclusive a la cirugía coronaria convencional.

Básicamente, la Angioplastia Transluminal Percutánea según Asenjo, R. Goich, J. (1998) consiste en aumentar la luz vascular de una arteria previamente estenosada o disminuida de calibre por una placa ateromatosa, mediante la introducción por vía

percutánea de un catéter asociado a un balón inflable, en la generalidad de las ocasiones. Una vez dentro de la arteria se procede al inflado del balón, con lo que se logra en forma mecánica la dilatación de la luz arterial. Existen numerosas variedades de catéteres de ATP, la mayoría con un balón asociado, que se deslizan montados sobre una guía metálica. Tienen diferencias en el material utilizado, en las dimensiones y en la forma de los balones, etc; y ello ofrece la posibilidad de escoger un catéter específico para cada tipo de lesión.

Se han postulado al menos cinco mecanismos responsables de la mejoría en el flujo vascular que genera la angioplastia con balón: a) compresión de la placa ateromatosa; b) fractura de la placa; c) estiramiento de la pared libre de la placa en lesiones excéntricas; d) estiramiento de la pared vascular sin compresión de la placa; e) disección de la media (capa media de la pared arterial).

De la misma manera, Asenjo, R; Goich, J. (1998) refieren que durante la insuflación del balón, se genera una fuerza radial que produce la denudación del endotelio, la fragmentación de la placa de ateroma; y también un estiramiento de la capa media de la arteria. La consecuencia principal de los fenómenos producidos por la ATP es un incremento inmediato de la luz vascular; sin embargo, la denudación del endotelio y la fractura de la placa pueden desencadenar fenómenos de trombosis

intravascular con el consiguiente riesgo de oclusión arterial. La tasa de éxito inicial es mayor del 90% en lesiones simples, consistentes en placas concéntricas o con contenido fibrocálcico, donde la presión radial del balón provoca la fractura de la placa con múltiples fisuras; en estos casos, se produce un remodelamiento vascular con aumento persistente de la luz vascular.

En un estudio realizado por expertos como De la Cruz, O; Palacios, R; Muñiz, G; Reyes D; Jáuregui O; Ogaz G, (2004) y publicado en la Revista Mexicana de Cardiología, se manifiesta que el resultado obtenido en una angioplastia con balón, sobre todo en placas con alto contenido de colágeno, puede ser de corta duración, debido a que el aumento del diámetro proviene del estiramiento de la media arterial y de la compresión de la placa, fenómenos transitorios que desaparecen con la recuperación del tono muscular de la media y la recuperación del volumen normal de la placa.

Las principales complicaciones de la ATP en términos de supervivencia libre de eventos son: la oclusión aguda a corto plazo y la reestenosis en el mediano plazo. Ambas complicaciones son las responsables de los porcentajes de mortalidad, infarto agudo del miocardio, y cirugía de revascularización de urgencia.

Se entiende por oclusión aguda a la oclusión súbita del vaso sometido a angioplastia que ocurre durante el procedimiento o dentro de las 24 horas posteriores a él; en las series clásicas, anteriores a la utilización de stents, se observaba en el 2% a 8% de los pacientes tratados. Desde el aspecto fisiopatológico, esto se debe a la disección arterial en el 80% de los casos, trombosis en el 20%, y a espasmos del vaso.

La reestenosis es la complicación a mediano plazo más frecuente de la angioplastia con balón, y se define como la disminución de más del 50% del diámetro del vaso tratado, que por lo general ocurre dentro de los primeros cuatro meses del procedimiento si bien el riesgo se minimiza pasados los seis meses.

Hasta fines de los años 90, la angioplastia con balón era la única técnica utilizada por los cardiólogos intervencionistas, a partir de ese momento se produce el desarrollo del stent, esto, cuando la angioplastia no logra resultados óptimos debido a la complejidad de las lesiones (muy largas, en ángulo, en bifurcación, etc.) o porque la luz del vaso tiende a cerrarse al desinflar el balón, por lo que se recurre a la colocación de malla cilíndrica que hace la función de una prótesis dentro del vaso y que ha conservado su denominación inglesa de “stent”.

Según Boston Scientific (2000):

Los stents, son prótesis endovasculares flexibles, fabricadas con aleaciones de acero inoxidable y otros materiales. Estas mallas metálicas en su mayoría, se introducen plegadas, montadas y completamente colapsadas o cerradas, sobre un balón de angioplastia que a su vez va en la parte terminal de un catéter. Mediante la visión que dan los rayos X o fluoroscopia, el balón con el stent son colocados en la porción más estrecha del vaso. Una vez situados en la región estenosada del vaso se procede a inflar el balón, la presión radial ejercida por el balón despliega y aplica al stent contra la pared arterial. (pp 11).

Existen diferentes tipos de stents que difieren entre si por el material utilizado y por la estructura de la malla, algunos consisten en dos helicoides en fase y otros son una sucesión de paralelogramos adyacentes. (Boston Scientific; 2000)

En un artículo publicado por . Radiological Society of North America, Inc. (2005). se refiere que:

El Stent mantiene el estiramiento de la pared vascular, evitando el retroceso elástico, sostiene y apuntala la placa ateromatosa fragmentada y comprime la pared arterial, permitiendo el sellado definitivo de la disección. De esta manera la utilización de los stents posibilita evitar la oclusión aguda, y cuando se produce una disección obstructiva durante la PTA con balón, mejora el resultado inicial en términos de diámetro luminal final y previene la reestenosis manteniendo una luz vascular óptimamente abierta, capaz de admitir un determinado volumen de tejido hiperplásico sin que se comprometa la luz vascular. (Documento en línea)

Las técnicas de colocación y los propios stents han sido perfeccionados de tal manera, que no favorecen la formación de coágulos o trombos e inclusive algunos

van revestidos de algunas sustancias anticoagulantes; se están ensayando otros con radiación gamma que inhiba el crecimiento del ateroma y evite el riesgo de la reestenosis.

Entre otros procedimientos de revascularización percutánea estan: la aterectomía rotacional, la aterectomía direccional y el angiojet, los cuales son utilizados en laboratorios de hemodinamia muy avanzados y se encuentran todavía en etapa de perfeccionamiento.

La aterectomía rotacional se refiere a la abrasión de la placa de ateroma mediante una oliva elíptica con diminutas puntas de diamante, que rota a alta velocidad (entre 160.000 a 200.000 revoluciones por minuto), pulverizando dicha placa en pequeñas partículas de 5 micras o menos. Para entender más fácil, hagámonos la idea de una fresa que agranda un orificio.

La aterectomía direccional usa unas cuchillas que rotan en una cápsula metálica y van rebanando la placa. Por otro lado, el angiojet es utilizado para la aspiración de coágulos o trombos. Trabaja mediante un mecanismo de agua con chorros a muy alta velocidad (500 km/hora) que generan en la punta del dispositivo una presión negativa de -760 mmHg, lo cual rompe el trombo en partículas muy pequeñas que son succionadas.

2.3 SISTEMA DE VARIABLES.

Definición de la Variable: Actuación del Profesional de Enfermería en el período perioperatorio de la Angioplastia Transluminal Percutánea.

Definición Nominal: la actuación de enfermería se define como una exposición que describe claramente la responsabilidad y el juego de acciones organizadas que ha de llevar a cabo el profesional de enfermería en una serie de circunstancias determinadas, en donde se establezca el qué, el cómo, el cuándo, y donde se obtengan resultados satisfactorios e implícitamente se justifiquen las acciones a través de estos. **(Librosvivos.net, 2005)**

Definición Operacional: Se refiere a la ejecución de acciones propias del profesional de enfermería durante la atención del paciente sometido a una Angioplastia Transluminal Percutánea, en el período perioperatorio.

2.4 Operacionalización de la Variable

Variable: Actuación del Profesional de Enfermería en el período perioperatorio de la Angioplastia Transluminal Percutánea

Definición Operacional: Se refiere a la ejecución de acciones propias del profesional de enfermería durante la atención del paciente sometido a una Angioplastia Transluminal Percutánea, en el período perioperatorio.

Dimensiones	Indicadores	Sub.indicadores	Ítems
Actuación del profesional de Enfermería durante el Pre-operatorio.	<p>ACCIONES DURANTE EL PREOPERATORIO</p> <p>Son todas aquellas actividades con orden lógico realizadas por el profesional de enfermería durante la valoración y preparación previa a la intervención que lleva el paciente que será sometido a la ATP.</p>	Valoración.	1 al 24
Actuación del profesional de Enfermería durante el Intra-operatorio.	<p>ACCIONES DURANTE EL INTRAOPERATORIO</p> <p>Son todas las actividades con orden lógico realizadas por el profesional de enfermería durante la ATP</p>	<p>Preparación del ambiente quirúrgico.</p> <p>Preparación del Paciente.</p> <p>Administración de fármacos</p> <p>Instrumentación de la intervención</p>	<p>25 al 60</p> <p>61 al 71</p> <p>72 al 77</p> <p>78 al 96</p>
Actuación del profesional de Enfermería durante el post-operatorio.	<p>ACCIONES DURANTE EL POSTOPERATORIO.</p> <p>Son las actividades realizadas por los profesionales de enfermería una vez que culmina la ATP.</p>	Culminación del acto quirúrgico	97 al 121

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudio

El presente estudio es un proyecto factible, porque esta destinado a la elaboración y desarrollo de una propuesta viables para solucionar un problema, representado por la falta de una guía de actuación del profesional de enfermería durante el periodo perioperatorio de la ATP; y a la vez es descriptivo.

De acuerdo a la mención que hace Sampieri, R. (2003) con respecto al estudio descriptivo definido en 1989 por Danhke se establece como aquel que trata de especificar propiedades y características de un fenómeno. De una manera más explícita describir es recolectar datos y, válgase la redundancia, describir lo que se investiga.

En este estudio se recolecta información sobre la variable conocida : actuación del profesional de enfermería; de la que posteriormente, se establecerán descripciones específicas y se presentará la información recolectada acerca del fenómeno.

Por otro lado, de acuerdo al Manual de Trabajos de Grado de Especialización de Maestría y Tesis Doctorales (2005):

El proyecto factible consiste en la investigación, elaboración y desarrollo de una propuesta de un modelo operativo viable para solucionar problemas, requerimientos o necesidades de organizaciones o grupos sociales; puede referirse a la formulación de políticas, programas, tecnologías, métodos o procesos. El proyecto debe tener apoyo en una investigación de tipo documental, de campo o un diseño que incluya ambas modalidades. (pp.16)

El proyecto factible, de acuerdo a la misma bibliografía, comprende etapas generales tales como: a) Diagnóstico: representado en el caso de esta investigación a través de la detección de la necesidad de una guía de actuación de enfermería; b) Planteamiento y fundamentación teórica de la propuesta: que es en sí el trabajo de investigación en pleno; c) Actividades y recursos necesarios para su ejecución; d) Análisis y conclusiones sobre la viabilidad y realización del proyecto y e) Evaluación: tanto del proceso como de los resultados.

De esta manera es posible combinar ambos tipos de estudio, pues se busca determinar y describir explícita y organizadamente las acciones del Profesional de Enfermería dentro de la propuesta de un documento que logra la sistematización de esas acciones durante la ATP, o lo que es lo mismo: una guía de actuación.

3.2 Población y Muestra

De acuerdo a Hurtado, J. (1994): “el universo o población es el conjunto de individuos u objetos de los que se desea conocer algo en una investigación” (pp.108). En la tercera edición de su mismo libro, la misma autora redefine a la población de acuerdo a los que establece en 1980 Arnau, quien se refiere a la población como “el conjunto de elementos, seres o eventos, concordantes entre sí en cuanto a una serie de características, de los cuales se desea obtener una información” (pp.152).

Así, se puede decir que la población es la totalidad de todos los elementos que comparten características similares, y generalmente constituye al mismo grupo de elementos al que se generalizaran los hallazgos. En el caso del presente estudio , la población elegida es un numero total de seis (06) individuos en condición de profesionales de enfermería, que ejercen labores propias de la profesión durante procedimientos quirúrgicos cardiovasculares, específicamente, durante la ATP en el laboratorio de hemodinamia- sección: radiología intervencionista de PCM.

Por su parte, la muestra de acuerdo a Hurtado, J. (2000) es “una porción de la población que se toma para realizar el estudio, la cual se considera representativa (de la población)” (pp.154). De acuerdo a lo que manifiesta Sampieri, R. (2003) la

muestra es una parte representativa o no de la población y sobre ella se recolectan los datos. Sin embargo, Hurtado (2000), hace mención directa de que “no toda investigación requiere de un procedimiento de muestreo” (pp. 154); es decir, no es necesario seleccionar una parte específica de la población para ser observada, pues el muestreo o la selección de la muestra, se lleva a cabo cuando el estudio no puede ser hecha con la población en su totalidad.

En función de esto y de alguno criterios que se toman en cuenta para decidir si el muestreo es aplicable o no en este caso (entre esos criterios se pueden enunciar: objeto del estudio, conocimiento de toda la población, posibilidades de acceso a toda la población, disponibilidad de tiempo y recursos, etc.), la muestra esta representada por la población en su totalidad: 06 individuos en condición de profesionales de enfermería, que como se mencionó anteriormente, ejercen labores de enfermería durante procedimientos quirúrgicos cardiovasculares, específicamente, durante la ATP en el laboratorio de hemodinamia- sección: radiología intervencionista de Policlinicas Metropolitana.

3.3 Métodos para la Recolección de Datos.

En este estudio se utilizó una guía de observación (Anexo # 2), estructurada de la siguiente manera: un formato de 06 fases o subindicadores, en donde, cada subindicador contiene un número variante de ítems:

- Subindicador 1= Evento general: Valoración, 24 ítems
- Subindicador 2= Evento general: Preparación del ambiente quirúrgico, 36 ítems
- Subindicador 3= Evento general: Preparación del paciente, 11 ítems
- Subindicador 4= Evento general: Administración de fármacos, 06 ítems
- Subindicador 5= Evento general: Instrumentación, 19 ítems
- Subindicador 6= Evento general: Culminación del acto quirúrgico, 25 ítems

Esto hace un total de 121 eventos. Cada ítem está redactado en forma de oración corta, excepto algunos casos; y su contenido define situaciones excluyentes cuyas posibles respuestas son SI o NO.

Para la recolección de datos pertinentes sobre la variable y los objetos involucrados en esta investigación se escogió la técnica de observación.

Como lo establece Hurtado, J (2000) la observación es “un proceso de atención, recopilación, selección y registro de información, para el cual el investigador se apoya en sus sentidos” (pp.449). El mismo autor, refiere que en función de la investigación holística, la observación se convierte en “la selección, registro sistemático y codificación de hechos, situaciones o conductas” y todo ello se obtiene a través de una conexión integral entre el observador y lo observado. Esta técnica permite tener acceso al objeto estudiado independientemente de la disposición del mismo y permite analizar los eventos dentro de un marco global e importantemente natural y espontáneo.

En esta investigación, se implementó específicamente la observación estructurada, en donde el instrumento creado recopila detalladamente los datos, estableciendo con anterioridad los aspectos a observar. Así, es la lista de cotejo o guía de observación el tipo de instrumento utilizado en este estudio para la medición.

De acuerdo a Hurtado, J (2000) la lista de cotejo “consiste en una lista de los indicios o aspectos relacionados con el evento de la investigación que se pueden presentar durante la observación” (pp.453).

3.4 Validez

Sampieri; R. (2003) define la validez “como el grado en que un instrumento realmente mide la variable que se pretende medir” (pp.346). por otro lado, Hurtado, J. (2000) cita a Thorndike quien en 1980 se refirió a la validez como “el grado en que el instrumento realmente mide todo lo que el investigador quiere medir y solo lo que quiere medir” (pp.433).

Para efectos de este estudio, la validación de la estructura y contenido del instrumento (creado en términos de claridad, sencillez, interpretación, y precisión de cada uno de sus ítems) se apeló al asesoramiento y juicio por parte de expertos y se procedió a solicitar al tutor del trabajo, a un médico especialista en el área, a dos (02) licenciadas en enfermería con conocimientos de la materia y a un especialista en metodología la validación del instrumento. Hechas las correcciones, se procedió a ejecutar el instrumento de medición. (Anexo # 3, # 4, # 5)

3.5 Confiabilidad.

Como su nombre lo indica, Sampieri, R (2003) establece que “la confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados iguales” (pp.346). Esto, más específicamente, se

refiere a la repetición invariable o poco variable de las mismas respuestas o reacciones a los mismos enunciados presentados, por supuesto, al mismo individuo, lo que le proporciona consistencia y solidez a los resultados obtenidos.

Debido a que los eventos que se observan por lo general son irrepetibles en otras condiciones o situaciones, no es posible calcular la confiabilidad en términos convencionales. Como lo acota Hurtado, J. (2000) “en el caso de los instrumentos de observación, la confiabilidad está dada por la coincidencia o concordancia en el registro que realizan dos observadores que se encuentran percibiendo simultáneamente el mismo evento” (pp.455); y para efectos de esta investigación, la confiabilidad estuvo dada tanto por la congruencia de las observaciones como por la unificación de criterios por parte de las autoras/observadoras, en relación a aquellos aspectos que pudieran generar confusión al momento de la observación.

3.6 Procedimientos para la Recolección de Datos:

Fase única:

Una vez elaborado el instrumento y de haber comprobado su adecuada constitución, se procedió a ejecutar la recolección de la información de acuerdo al siguiente procedimiento:

- 1- Se elaboró un comunicado escrito, avalado por la casa de estudios que los autores representan, dirigida a “Policlínica Metropolitana: Gerencia de Docencia y Cultura Corporativa, Laboratorio de Hemodinamia – sección: Radiología Intervencionista” en donde se especificó cada una de las intenciones durante la ejecución de la investigación solicitando formalmente la autorización y colaboración correspondiente para realizar el estudio. (Anexo # 4).
- 2- Se acuerda una entrevista con el personal del Laboratorio de Hemodinamia – sección: Radiología Intervencionista para la presentación del proyecto y para socializar con el personal y conocer las instalaciones a nivel general.
- 3- Se procede a la aplicación del instrumento a cada uno de los elementos muestrales, durante tres intervenciones, en tres tiempos diferentes, y se llega al acuerdo por parte de los investigadores de que el procedimiento a evaluar es realizado si de las tres oportunidades se ejecuta en 2.

3.7 Plan de Tabulación y Análisis.

El total de los resultados estuvieron enfocados en 121 items, los cuales se agruparon en 06 subindicadores que conforman la variables del estudio. A continuación se presenta la distribución de los items según subindicador:

Subindicador	Ítem
Valoración	01 - 24
Preparación del Ambiente Quirúrgico	25 - 60
Preparación del Paciente	61 - 71
Administración de Fármacos	72 - 77
Instrumentación	78 - 96
Culminación del Acto Quirúrgico	97 - 121

Para la presentación de los resultados, cuando se refirió a los subindicadores, cada ítem tuvo un máximo de 18 acciones ejecutadas, las cuales fueron resultado de 03 observaciones realizadas a cada elemento muestral (06); mismas que se representan en valores absolutos y porcentuales.

Para el análisis global de la actuación de la población objeto de estudio se diseñaron los dos últimos cuadros, la tabla # 8 que presenta los porcentajes de la actuación por profesional de enfermería y la # 9 representa los valores globales de la población.

En búsqueda de calificar la actuación del profesional de enfermería durante el período perioperatorio de la ATP se establecieron 04 categorías, según porcentaje de acción y ejecutados, las cuales son:

100 – 76%	Alto
75 – 50%	Moderado
49 – 25%	Bajo
< 25%	Muy Bajo

CAPITULO IV

RESULTADOS Y ANALISIS DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación se presentan los resultados obtenidos y análisis de cada uno de ellos según las dimensiones y subindicadores del estudio.

TABLA 2: DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LAS ACCIONES EJECUTADAS POR ÍTEMS POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, DURANTE LA VALORACIÓN DEL PACIENTE SOMETIDO A ATP. POLICLÍNICA METROPOLITANA. 2005

Ítem	Acciones ejecutadas (18)	Porcentaje de acciones ejecutadas
1	9	50,0%
2	18	100,0%
3	18	100,0%
4	16	88,9%
5	13	72,2%
6	15	83,3%
7	17	94,4%
8	18	100,0%
9	18	100,0%
10	7	38,9%
11	18	100,0%
12	18	100,0%
13	6	33,3%
14	18	100,0%
15	18	100,0%
16	1	5,6%
17	15	83,3%
18	10	55,6%
19	17	94,4%
20	18	100,0%
21	16	88,9%
22	16	88,9%
23	18	100,0%
24	10	55,6%

Fuente: datos suministrados por el instrumento de medición aplicado.

ANÁLISIS N° 01

Según el cuadro anterior referido a las acciones ejecutadas por el profesional de enfermería durante la valoración del paciente, según ítem observado (18 veces), se encuentran los siguientes datos a resaltar:

Los valores variaron de manera amplia, algunos de ellos denotan un cumplimiento prácticamente nulo o muy bajo de la acción como es el caso del Ítem n° 16 referido a la primera medición de la temperatura corporal con la que ingresa el paciente a la unidad, hecho preocupante pues se evidencia que esta acción no se cumple a cabalidad. Según Díaz, R; y Spencer, H. (2005) “la fiebre se ha descrito desde la antigüedad como un signo importante de enfermedad” (pp.1). Para efectos de éste estudio, el hecho de que no se realice la medición de la temperatura con la que llega el paciente antes de la intervención justifica que esta acción sea considerada dentro de la guía de actuación planteada, pues no solo se considera a la fiebre sino también a la hipotermia y a sus consecuencias cardiovasculares tales como: la disminución del gasto cardíaco, el aumento de la resistencia vascular sistémica, la redistribución del flujo sanguíneo (lo que puede llevar a una insuficiencia cardiaca congestiva), y puede también producirse bradicardia desencadenando posteriormente arritmias. (Díaz, R; Spencer H.2005).

Los mismos autores, también mencionan las consecuencias pulmonares de la hipotermia, entre las que mencionan: aumento de la resistencia vascular pulmonar, aumento del espacio muerto y disminución la ventilación. Así, queda evidenciada la importancia del cumplimiento de este ítem.

Dentro de los ítems que denotan un bajo cumplimiento de la acción, están: el n° 1 (lectura previa de la historia clínica) con un 50%, el n° 10 (anamnesis) con un 38,9%, el n° 13 (registro de los datos recogidos) con un 33,3% , el n° 18 (registro de los SV medidos) con un 55,6%, y el n° 24 (verifica la permeabilidad de la vía) con un 55,6%; siendo esto alarmante al evaluar la actuación global del profesional durante la valoración del paciente, ya que actos como la documentación previa gracias a la revisión de la historia clínica, la recopilación de información a través de la anamnesis y el registro adecuado de lo que se ha hecho son indicadores de una revisión y documentación de la condición previa del paciente antes del procedimiento y el que estos ítems arrojen valores entre el 25% y 49% evidencia un déficit global y un arresto de importancia de estos eventos por parte del profesional durante la valoración, por lo que se justifica su inclusión dentro de la guía propuesta.

Sin obviar los valores que denotan un moderado y alto cumplimiento de las acciones observadas (con mas del 75%), ítems como el n° 2 (saluda al paciente constatando su nombre), el n° 3 (se acerca al paciente para preguntarle cómo se siente), el n° 8 (pregunta al paciente si ha ingerido alimentos), el n° 9 (pregunta al

paciente si ha ingerido medicamentos), el n° 20 (explica al paciente que debe despojarse de toda su indumentaria, incluyendo ornamentos), el n° 23 (si el paciente no tiene vía periférica: cateteriza una); arrojan resultados satisfactorios (elevados porcentajes), y esto se traduce en que el profesional sí ejecuta la acción en la mayoría o en la totalidad de las veces. Sin embargo, para la garantía de una actuación de calidad no basta con un cumplimiento a medias de todas las acciones englobadas dentro de la valoración del paciente, sino que es necesario que todas las acciones sean ejecutadas en su totalidad.

TABLA 3: DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LAS ACCIONES EJECUTADAS POR ÍTEMS POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, DURANTE LA PREPARACIÓN DEL AMBIENTE QUIRÚRGICO EN LA ATP. POLICLÍNICA METROPOLITANA. 2005.

Ítem	Acciones ejecutadas (18)	Porcentaje de acciones ejecutadas
25	17	94%
26	18	100%
27	18	100%
28	15	83%
29	17	94%
30	14	78%
31	18	100%
32	18	100%
33	18	100%
34	18	100%
35	18	100%
36	16	89%
37	18	100%
38	18	100%
39	18	100%
40	18	100%
41	18	100%
42	18	100%
43	18	100%
44	18	100%
45	18	100%
46	18	100%
47	18	100%
48	18	100%
49	18	100%
50	13	72%
51	18	100%
52	18	100%
53	17	94%
54	15	83%
55	18	100%
56	18	100%
57	15	83%
58	18	100%
59	11	61%
60	17	94%

Fuente: datos suministrados por el instrumento de medición aplicado.

ANÁLISIS N° 02

De acuerdo a los resultados que se presentan en el cuadro anterior referido a la distribución absoluta y porcentual de las acciones ejecutadas por ítems por el profesional de enfermería durante la preparación del ambiente quirúrgico, se contabilizaron altos porcentajes en casi todas las acciones consideradas por ítem, sin embargo, eventos como la verificación de la iluminación de la sala de operaciones (ítem 59) y el lavado prequirúrgico de manos (ítem 50), son una muestra de un cumplimiento “moderado” dado por un 61% y 72% respectivamente. Según, Boyce, J y Dider, P en un artículo publicado en *Guidelines For Hand Hygiene In Health Care Setting*. (2002), se establece que el lavado quirúrgico de las manos busca remover la suciedad, el material orgánico, disminuir o eliminar la flora transitoria adquirida por contacto reciente y disminuir la concentración de bacterias de la flora residente de todas las superficies de las manos hasta los codos, utilizando soluciones antimicrobianas. Los resultados de la mayoría de los ítems reflejan un cumplimiento alto de las acciones, sin embargo, el que actos como el lavado de manos no se estén realizando de una manera efectiva, no coincide con los planteamientos señalados por la misma publicación anterior que también señala que el lavado de manos se debe practicar estrictamente por toda aquella persona responsable del cuidado de los enfermos, tanto para autoprotección como para evitar serias complicaciones del paciente posterior al procedimiento (infecciones, contribución a la proliferación de microorganismos ajenos a la flora residente, etc.)

Para un profesional de enfermería dedicado al área quirúrgica es de extrema importancia la correcta preparación del lugar donde se realizará la intervención quirúrgica por lo que es necesario que el profesional cumpla con todas las medidas de asepsia y antisepsia, así como también la adecuada preparación de este ambiente.

TABLA 4: DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LAS ACCIONES EJECUTADAS POR ÍTEMS POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, DURANTE LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE SOMETIDO A UNA ATP. POLICLÍNICA METROPOLITANA. 2005

Ítem	Acciones ejecutadas (18)	Porcentaje de acciones ejecutadas
61	14	77,8%
62	14	77,8%
63	17	94,4%
64	15	83,3%
65	17	94,4%
66	18	100,0%
67	18	100,0%
68	12	66,7%
69	4	22,2%
70	14	77,8%
71	12	66,7%

Fuente: datos suministrados por el instrumento de medición aplicado.

ANÁLISIS N° 03

En la tabla anterior se presentan la distribución absoluta y porcentual de las acciones ejecutadas por ítems por el profesional de enfermería, durante la preparación del paciente. Kozier, B; Erb, G Y Olivieri, R (1997) dicen que la “preparación del paciente incluye aquellas acciones que están orientadas directamente a ultimar los detalles que tienen que ver con la acomodación preliminar del individuo minutos antes de la cirugía”.(pp 1439)

Con respecto al ítem n° 69 (“hace registrar los signos vitales medidos”) se demuestra un bajo cumplimiento de esta acción, dado por el 22,2%, lo que no se corresponde con la idea principal en lo que los autores antes mencionados establecen. Estos resultados pueden relacionarse con los de la valoración, pues desde entonces el profesional de enfermería cuantifica en pocas oportunidades los signos vitales por lo que el registro de éstos también es escaso dando cabida a eventos tales como: tergiversación de la información, no disponibilidad de datos importantes, historial clínico incompleto, etc. (Kozier, B et al).

Otros actos como: informar al paciente acerca de cómo iniciará el procedimiento (ítem 71, con un 66,7%) y explicar al paciente cada procedimiento realizado (ítem 68, con un 66,7%) también denotan un déficit en su ejecución, lo que, según Kozier, B. et al (1997); crea un ambiente de “inestabilidad psicológica” en el paciente. La proporción de información por parte del profesional es importante en el manejo de las emociones y en la disminución del stress prequirúrgico en el paciente, lo que en cierta forma contribuye con el éxito de la cirugía, por ende, el hecho de que sean acciones que se ejecuten “eventualmente” es desfavorable para una preparación adecuada del paciente, y no se corresponde a la actuación que el profesional de enfermería debe ejecutar.

TABLA 5: DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LAS ACCIONES EJECUTADAS POR ÍTEMS POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN EL PACIENTE SOMETIDO A UNA ATP. POLICLÍNICA METROPOLITANA. 2005

Ítem	Acciones ejecutadas (18)	Porcentaje de acciones ejecutadas
72	18	100,0%
73	18	100,0%
74	18	100,0%
75	18	100,0%
76	13	72,2%
77	6	33,3%

Fuente: datos suministrados por el instrumento de medición aplicado.

ANÁLISIS N° 04

De acuerdo a la tabla presentada anteriormente, referida a la distribución absoluta y porcentual de las acciones ejecutadas por ítems por el profesional de enfermería durante la administración de fármacos, los resultados evidencian que el cumplimiento de las acciones es en líneas generales alto. Con porcentajes repetidos de 100% se evidencia la completa ejecución de actos como: la preparación y administración de anestésicos y revertidores, preparación y disposición de sustancias parenterales, entre otros. Sin embargo, el ítem n° 76 (“durante la administración de sustancias intravenosas vigila los signos vitales que registra el monitor”) evidencia un

porcentaje de cumplimiento moderado con un 72,2% y de acuerdo a lo que dicen Orland, M y Saltman, R (1986), la evaluación de la respuesta orgánica del paciente postmedicación permite la elección de nuevas e inmediatas conductas que permitan resguardar la seguridad del paciente. Esto permite resaltar la importancia de monitorizar los signos vitales al paciente que recibe fármacos durante la ATP.

Por otro lado, el ítem n° 77 denota un muy bajo cumplimiento de la acción implicada con un 33,3% (registra/hace registrar las eventualidades observadas), hecho que aparece como resultado negativo. Es importante destacar que todos los datos recopilados son de elevada importancia para el procedimiento en general, y es esencial que se organicen y registren adecuadamente de forma tal que ayude a la identificación de problemas o al acceso facilitado de la información. Además, constituyen un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo de salud, facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con normas de calidad, permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros (incluida la gestión de la calidad) y son una prueba de carácter legal. (Du Gas, B. 2000). Por lo tanto, se presta atención a estos bajos porcentajes y se establece la importancia que tiene tanto el registro de los signos vitales monitorizados durante la medicación como el registro de los eventos ocurridos en los formatos adecuados.

TABLA 6: DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LAS ACCIONES EJECUTADAS POR ÍTEMS POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, DURANTE LA INSTRUMENTACIÓN EN LA ATP. POLICLÍNICA METROPOLITANA. 2005

Ítem	Acciones ejecutadas (18)	Porcentaje de acciones ejecutadas
78	17	94,4%
79	17	94,4%
80	18	100,0%
81	18	100,0%
82	17	94,4%
83	18	100,0%
84	18	100,0%
85	18	100,0%
86	8	44,4%
87	18	100,0%
88	16	88,9%
89	16	88,9%
90	18	100,0%
91	18	100,0%
92	18	100,0%
93	18	100,0%
94	14	77,8%
95	12	66,7%
96	11	61,1%

Fuente: datos suministrados por el instrumento de medición aplicado.

ANÁLISIS N° 5

De acuerdo a los datos presentados en la tabla anterior, referida a la distribución absoluta y porcentual de las acciones ejecutadas por ítems por el profesional de enfermería durante la instrumentación, a pesar de que ésta es una de las columnas

principales de un acto quirúrgico no todas las acciones contempladas dentro de ella son ejecutadas por todos los profesionales.

Varios autores establecen que durante la instrumentación la responsabilidad recae directamente sobre el profesional de enfermería, quien entre tantas cosas esta pendiente del adecuado suministro de los instrumentos quirúrgicos y otras acciones que se reflejan en ítems como los siguientes: el n° 80: Suministra la conexión de PAI en el momento de la cateterización de la línea arterial de abordaje, el n° 81: Suministra de acuerdo a la técnica los instrumentos de exéresis quirúrgica, el n° 83: Conoce qué tipo de instrumento debe ser el próximo a pasar, de acuerdo al tiempo de la intervención, el n° 84: Suministra el material médico quirúrgico solicitado por el especialista, de acuerdo a la técnica y el n° 85: Purga los catéteres con solución fisiológica antes de suministrarlos.

Sin embargo, se puede observar, que el ítem n° 86 (Controla el número total de gasas y /o compresas que suministra durante la intervención) que se refiere también a acciones ligadas a esto último mencionado, es uno de los que más bajo porcentaje (44,4%), lo que denota el incumplimiento de esta acción tan importante por el profesional de enfermería, aún conociendo las graves implicaciones fisiológicas y legales que puede acarrear el olvido de un material de este tipo en la zona operatoria.

Ítems como el n° 95 y 96, relacionados con la medición de algunas constantes vitales también arrojan bajos valores porcentuales (66,7% y 61,1% respectivamente), lo que indica que una parte significativa del elemento muestral no da la importancia necesaria a la medición de los signos vitales, considerando además que aunque la intervención es mínimamente invasiva, no deja de ser cardiovascularmente agresiva y pueden presentarse eventos inesperados como: infartos, vasoconstricción abrupta, rupturas de arterias importantes, etc; que posteriormente ameriten de una actuación de emergencia. (Según De la Cruz, O; Palacios, R; Muñiz, G; Reyes D; Jáuregui O; Ogaz G, en una publicación de la Revista Mexicana de Cardiología, 2004)

Además, esta tabla de resultados mantiene implícita la importancia que se le debe otorgar a cada acción no ejecutada, para poder prevenir situaciones como las anteriormente descritas y lograr una instrumentación exitosa.

TABLA 7: DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LAS ACCIONES EJECUTADAS POR ÍTEMS POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, DURANTE LA CULMINACIÓN DEL ACTO QUIRÚRGICO EN LA ATP. POLICLÍNICA METROPOLITANA. 2005

Ítem	Acciones ejecutadas (18)	Porcentaje de acciones ejecutadas
97	11	61,1%
98	18	100,0%
99	18	100,0%
100	15	83,3%
101	18	100,0%
102	18	100,0%
103	12	66,7%
104	18	100,0%
105	2	11,1%
106	15	83,3%
107	14	77,8%
108	14	77,8%
109	6	33,3%
110	15	83,3%
111	6	33,3%
112	6	33,3%
113	5	27,8%
114	1	5,6%
115	1	5,6%
116	12	66,7%
117	14	77,8%
118	9	50,0%
119	10	55,6%
120	9	50,0%
121	11	61,1%

Fuente: datos suministrados por el instrumento de medición aplicado.

ANÁLISIS N° 06

En función de los resultados presentados en la tabla anterior referida a la distribución absoluta y porcentual de las acciones ejecutadas por ítems por el profesional de enfermería durante la culminación del acto quirúrgico se puede evidenciar una baja actuación del profesional en algunos aspectos contemplándose en este tiempo, lo que pondría en riesgo el éxito final del desenvolvimiento del profesional durante el perioperatorio de una ATP.

Como se puede ver, ítems como el 109 con un 33,3% , el 113 con un 27,8% , el 114 con un 5,6% y el 115 con un 5,6% , son muy poco cumplidos, y estos son el reflejo de actos de la valoración final del estado del paciente (importante para definir el alta del individuo) que necesariamente debe realizar el profesional de enfermería. Estos resultados aperturan una ventana hacia una nueva investigación acerca del por qué esas acciones no se están llevando a cabo, y pueden ser de ayuda para calificar la atención que el paciente recibió, inclusive desde el inicio de todo el proceso.

Al respecto, Kozier; B. et al (1997) establecen que en la culminación de todo acto quirúrgico, los elementos que se incluyen dentro de estos ítems (“valora por última vez todos los signos vitales”, “verifica la estabilidad fisiológica del paciente: valora FR”, “valora la presencia de pulsos distales del miembro en el que se realizó la punción: pulso tibial posterior y pulso poplíteo”, “registra las eventualidades finales

en la historia: describe el estado en que se encuentra el paciente durante su recuperación inmediata”, ítems mencionados respectivamente a la numeración inicial) reflejan una relación directa del estado de ingreso del paciente, su evolución durante la intervención y su progreso, estancamiento o empeoramiento posterior a la intervención quirúrgica y es necesario que se ejecuten para el logro de una óptima monitorización de la evolución en la etapa postquirúrgica del paciente.

Otros ítems como el 118 (En caso de no evidenciar pulsos periféricos en el miembro donde se realizó la punción: notifica al médico), el 119 (En caso de aparecer cianosis distal: notifica al médico), el 120 (Planifica el alta del paciente junto al médico), el 121 (Anexa todos los registros realizados a la historia clínica del paciente), y otros como el 97 (Colabora en el traslado del paciente desde la mesa operatoria hasta la camilla transportadora), y el 103 (Organiza la mesa operatoria), se mantienen dentro de un rango de cumplimiento entre el 50% y 75%, lo que refleja un moderado nivel de actuación del profesional.

El profesional de enfermería debe comprender la importancia que tiene un cabal cumplimiento de las acciones que se consideran dentro de esta etapa, ya que en gran parte de su desempeño depende el éxito de la intervención quirúrgica.

TABLA N° 8: PORCENTAJE PROMEDIO DE LAS ACCIONES EJECUTADAS POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DURANTE LA ATP, SEGÚN SUBINDICADORES. POLICLÍNICA METROPOLITANA 2005

Sub. Indicador	% Promedio de las acciones cumplidas.
Valoración.	80,6%
Preparación de área quirúrgica.	95,2%
Preparación del pte.	78,3%
Administración de fármacos.	84,3%
Instrumentación.	90,1%
Culminación del acto quirúrgico.	61,8%

Fuente: datos suministrados por el instrumento de medición aplicado.

ANALISIS N° 07

En el cuadro anterior referido al porcentaje promedio de las acciones ejecutadas por el profesional de enfermería durante la ATP, según subindicadores, se refleja que el nivel de cumplimiento de las acciones ejecutadas por el profesional de la ATP es considerado entre moderado y alto, sin embargo, estas acciones deberían cumplirse en todos sus aspectos, tanto en la valoración como en la preparación del área quirúrgica, en la preparación del paciente, en la administración de fármacos, en la instrumentación y en la culminación del acto quirúrgico en un alto nivel.

Se observa que el subindicador **valoración** tiene un porcentaje de cumplimiento del 80,6%, lo que indica que aunque la actuación se califica como alta, los profesionales están obviando cerca de un 20% de las acciones en la valoración inicial que se le hace a los pacientes en fase prequirúrgica de una ATP.

Se observa que el subindicador **preparación del área quirúrgica** tiene el porcentaje de cumplimiento más alto de todos ubicado en un 95,2% lo que indica que durante todo el perioperatorio esta es la mejor actuación de los profesionales. Sin embargo, se esperaba un cumplimiento total, que lamentablemente no se evidenció.

Se observa que el subindicador **preparación del paciente** tiene un porcentaje de cumplimiento del 78,3%, lo que indica que aunque la actuación se califica como alta, los profesionales están obviando muchas mas acciones en las etapas anteriores. Esto puede dar cabida a la idea de que el paciente no esta recibiendo una adecuada preparación general antes de ser sometido a la ATP.

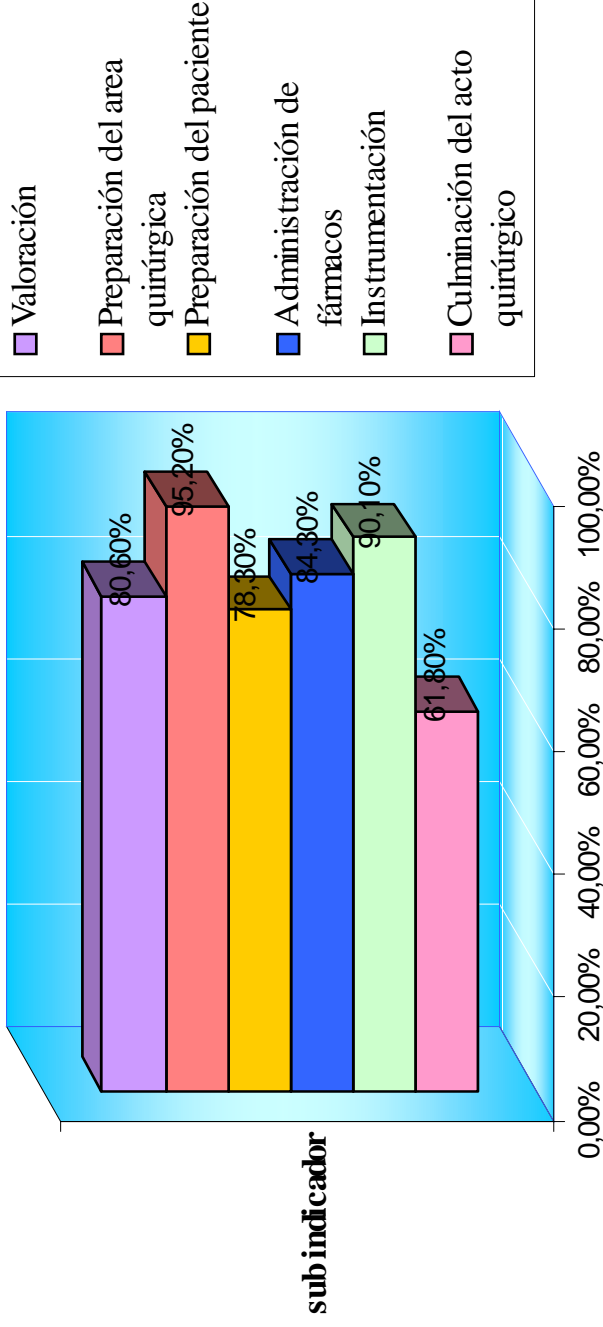
Se observa que el subindicador **administración de fármacos** tiene un porcentaje de cumplimiento del 84,3%, lo que igualmente coloca a la actuación del profesional como alta, aunque los profesionales siguen sin cumplir cerca de un 15% de las acciones.

Se observa que el subindicador **instrumentación** tiene un porcentaje de cumplimiento del 90,1%, lo que indica que la actuación se califica como alta y al igual que en la preparación del ambiente quirúrgico, los profesionales están cumpliendo con la mayoría de las acciones en la instrumentación. En estas dos etapas se observa el mejor desempeño que tiene el profesional durante todo el procedimiento.

Finalmente, se observa que el subindicador **culminación del acto quirúrgico** tiene el menor porcentaje de cumplimiento de todos, ubicado en un 61,8%, lo que indica que aunque la actuación es moderada, se evidencia que los profesionales están obviando un número importante de acciones, lo que pone en peligro el éxito final del procedimiento.

GRÁFICO 01

Porcentaje promedio de las acciones ejecutadas por el profesional de enfermería durante la ATP, según subindicadores. PCM.2005



Fuente: Tabla # 8

TABLA N° 9: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS ACCIONES EJECUTADAS POR CADA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA OBSERVADO, SEGÚN SUBINDICADORES.

P.E	Valoración	Preparac. del área Qx.	Preparac. del paciente	Administración de fármacos	Instrument.	Culminación del acto Qx.	% Promedios
1	84,7%	98,1%	78,8%	100%	94,7%	64,0%	86,7%
2	79,2%	100%	78,8%	83,3%	87,7%	60,0%	81,5%
3	62,5%	96,3%	39,4%	72,2%	80,7%	28,0%	64,35%
4	81,9%	94,4%	87,9%	88,9%	93,0%	70,7%	86,13%
5	88,9%	90,7%	90,9%	77,8%	91,2%	80,0%	86,58%
6	86,1%	91,7%	93,9%	83,3%	93,0%	68,0%	86%

P.E = Profesional de Enfermería.

Fuente: datos suministrados por el instrumento de medición aplicado.

ANÁLISIS N° 08

En el cuadro anterior referido a la distribución porcentual de acciones ejecutadas por cada profesional del enfermería observado, según subindicadores, se observa que en líneas generales el comportamiento del grupo de profesionales de enfermería se ubica por encima del 70%, con algunos valores que se ubican por debajo de éste rango.

Se puede observar que los porcentajes de cumplimiento de la acción por profesional de enfermería durante la valoración se mantienen sobre el 80%, salvo algunas excepciones. Esto hace referencia a que durante esta etapa un buen número de acciones se están ejecutando satisfactoriamente, aunque algunas no corren con esta misma suerte.

Se puede observa que los porcentajes de cumplimiento de la acción por profesional de enfermería durante la preparación del área quirúrgica se mantiene sobre el 90%. Esto advierte a esta etapa como aquella con el mayor número de acciones ejecutadas de todas las etapas en estudio, aún cuando el resultado esperado en todas las etapas es del 100%.

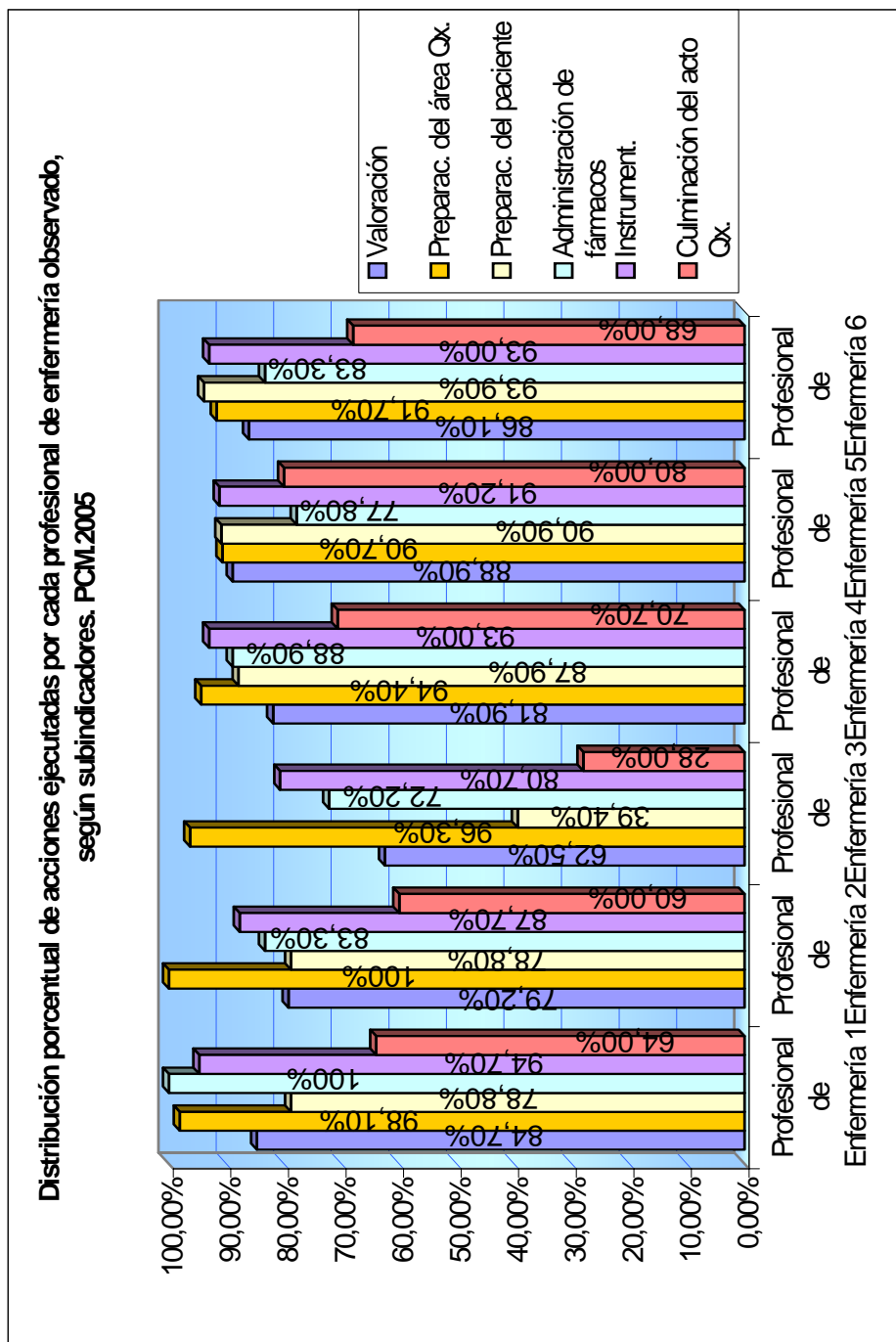
Los porcentajes de cumplimiento de la acción durante la preparación del paciente por cada profesional se mantienen en cifras generalmente regulares, con valores cercanos hasta el 40%, hecho que orienta hacia un rendimiento deficiente en esta etapa. Como ya se dijo, hay un número de acciones no ejecutadas, lo que pone en duda que la preparación del paciente sometido la ATP sea la adecuada.

Se observa que durante la administración de fármacos los porcentajes oscilaron entre el 70% y 100%, lo que establece un alto cumplimiento de las acciones, aunque debe mejorarse el desempeño durante esta etapa.

Se observa que durante la instrumentación los porcentajes oscilan entre el 80% y 90%, por lo que también se califica la actuación durante esta etapa como de alto cumplimiento, a pesar de que deben manifestarse porcentajes superiores al 96% lo que hablaría de un cumplimiento totalmente satisfactorio.

Finalmente en relación a la culminación de acto quirúrgico la actuación no es la esperada, pues los porcentajes oscilan entre un 20% y 80% de cumplimiento. Se denota un déficit importante en la actuación y desempeño del profesional al momento final del procedimiento.

GRÁFICO 02



Fuente: Tabla # 9

TABLA 10: GUÍA DE ACTUACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DURANTE EL PERIODO PERIOPERATORIO DE LA ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA.

<p>Definición</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento que sistematiza las acciones que ejecuta el profesional de enfermería en la atención del paciente sometido a una Angioplastia Transluminal Percutánea, durante el período perioperatorio. • Angioplastia Transluminal Percutánea: consiste en aumentar la luz vascular de una arteria previamente estenosada o disminuida de calibre por una placa ateromatosa, mediante la introducción por vía percutánea de un catéter asociado a un balón inflable.
<p>Nivel de Atención</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento dirigido a los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad Clínica de Radiología Intervencionista de la Policlínica Metropolitana.
<p>Objetivos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Garantizar la sistematización de las acciones del profesional de enfermería durante el periodo perioperatorio de la Angioplastia Transluminal Percutánea 2. Garantizar una atención de calidad durante la ejecución de las acciones. 3. Disminuir el riesgo de error al ejecutar cada acción. 4. Establecer una pauta de trabajo 5. Determinar la actuación del profesional de enfermería durante la valoración del paciente. 6. Determinar la actuación del profesional de enfermería durante preparación del ambiente quirúrgico. 7. Identificar la actuación del profesional de enfermería durante la administración de fármacos. 8. Identificar la actuación del profesional de enfermería durante la instrumentación de la intervención.

	9. Determinar la actuación del profesional de enfermería durante la culminación del acto quirúrgico.
Personal	<ul style="list-style-type: none"> • Cirujano: Radiólogo especialista en Intervencionismo Cardiovascular. (1) • Cirujano Ayudante (1) • Técnico Radiólogo (1) • Enfermera Instrumentista (1) • Enfermera Circulante (1) • Transportadores (1) • Personal de Mantenimiento (1)
	Guía de Actuación
I. Valoración	<ul style="list-style-type: none"> • El profesional de enfermería deberá : <ol style="list-style-type: none"> 1. Leer la historia del paciente antes de realizar cualquier procedimiento. 2. Saludar al paciente constatando su nombre 3. Acercarse al paciente para preguntarle cómo se siente 4. Verificar el diagnóstico del paciente 5. Aclarar las dudas que el paciente expresa durante la conversación con un lenguaje claro 6. Explicar al paciente el procedimiento a realizar 7. Valorar el estado de conciencia general del paciente en tiempo, persona y espacio. 8. Preguntar al paciente si ha ingerido alimentos 9. Preguntar al paciente si ha ingerido medicamentos. 10. Preguntar al paciente si es alérgico algún medicamento 11. Realizar la anamnesis: preguntar acerca de los antecedentes médicos propios o familiares de importancia. 12. Verificar el rasurado de la zona a intervenir 13. Verificar la integridad física general: observar cabeza, tronco y extremidades. 14. Registrar todos los datos obtenidos en los formatos adecuados. 15. Realizar una primera medición de PA.

16. Realizar una primera medición de FC
17. Realizar una primera medición de T°
18. Realizar una primera medición de FR
19. Registrar los signos vitales medidos
20. Orientar al paciente hacia la sala prequirúrgica.
21. Explicar al paciente que debe despojarse de toda su indumentaria, incluyendo ornamentos.
22. Facilitar al paciente la bata a colocarse para el procedimiento.
23. Facilitar al paciente el gorro a colocarse para el procedimiento
24. Verificar la permeabilidad de la vía periférica, si el paciente cuenta con una.
25. Cateterizar una vía periférica, si el paciente no cuenta con una.

II. Preparación del Ambiente Quirúrgico

- El profesional de enfermería deberá :
 1. Ubicar la mesa operatoria en la posición adecuada: a 0° de inclinación con respecto al eje horizontal.
 2. Ubicar la mesa de instrumentación en paralelo a la mesa operatoria.
 3. Ubicar un paral a los pies de la mesa operatoria que sostenga: 1fco de solución fisiológica dentro de un insuflador presurizado a 150mmHg y la conexión del sistema de PAI conectada debidamente al monitor de registro de signos vitales y a la solución
 4. Ubicar el monitor de registro de signos vitales a los pies de la mesa operatoria, al lado del paral con solución.
 5. Verificar el correcto funcionamiento del monitor de signos vitales: encenderlo y observar la transmisión isoeleétrica de las ondas.
 6. Verificar la ubicación del fluoroscopio: a 90° con respecto a la fosa ilíaca derecha del paciente, y a su mismo nivel
 7. Ubicar el equipo portátil de ecosanograma a la cabecera de la mesa operatoria.
 8. Verificar el correcto funcionamiento del equipo de ecosonografía: encenderlo y observar la transmisión de imagen en la pantalla.

9. Colocarse el gorro.
10. Colocarse los botines.
11. Colocarse la mascarilla.
12. Colocarse los lentes protectores.
13. Colocarse el equipo de seguridad radiológica: peto, protector de tiroides, dosímetro, protector de gónadas.
14. Hacer pasar al paciente, y ubicarlo sobre la mesa operatoria.
15. Explicar al paciente cuál es la posición que deberá adoptar: decúbito dorsal., con los brazos a los lados del cuerpo.
16. Ubicar sobre la mesa de instrumentación el bulto de ropa quirúrgica a utilizar.
17. Ubicar sobre la mesa de instrumentación el material médico quirúrgico a utilizar: gasas, jeringas, adhesivo tensoplast, compresas.
18. Ubicar sobre la mesa de instrumentación la bandeja de ATP.
19. Ubicar el catéter introductor solicitado por el médico y colocarlo sobre la mesa de instrumentación
20. Ubicar la guía solicitada por el médico y lo coloca sobre la mesa de instrumentación
21. Ubicar el catéter dilatador solicitado por el médico y lo coloca sobre la mesa de instrumentación
22. Ubicar el catéter de ATP solicitado por el médico y el material de contraste colocándolo sobre la mesa de instrumentación.
23. Ubicar el STENT en caso de que el médico lo solicite y colocarlo sobre la mesa de instrumentación.
24. Ubicar el set de autoinsuflación (para el balón del catéter de ATP, si éste lo requiere) y mantenerlo a disponibilidad (cerca)
25. Ubicar el FEMOSTOP y mantenerlo a disponibilidad para el fin de la intervención
26. Realizar el lavado de manos de acuerdo a la técnica preestablecida.
27. Vestirse con la indumentaria estéril: bata y guantes, de acuerdo a las técnicas preestablecidas
28. Abrir el bulto de ropa quirúrgica, proceder a

	<p>organizarlo en la mesa de instrumentación de acuerdo a las técnicas preestablecidas (guardando la esterilidad de todos los instrumentos)</p> <ol style="list-style-type: none"> 29. Ayudar al médico a colocarse la indumentaria estéril: bata y guantes. 30. Verificar que no falte ningún instrumento sobre la mesa de instrumentación 31. Verificar que no falte el material médico quirúrgico sobre la mesa de instrumentación. 32. Colocar bolsas estériles y campos sujetadores estériles sobre el transductor del equipo de ecosonografía. 33. Colocar bolsas estériles sobre el receptor de rayos del fluoroscopio (sobre el foco que da sobre el paciente). 34. Introducir el control remoto del fluoroscopio en una bolsa estéril para que el médico pueda manejarlo durante la intervención. 35. Hacer verificar la iluminación de la sala de operaciones: solicitando la máxima iluminación para el abordaje 36. Solicitar la disminución de la luz blanca al momento del inicio de las radiaciones con el fluoroscopio.
<p>III. Preparación del Paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El profesional de enfermería deberá: <ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar la PA antes de iniciar la intervención. 2. Valorar la FC antes de iniciar la intervención. 3. Hacer registrar los valores de constantes vitales medidos. 4. Ubicar la vía periférica. 5. Permeabilizar la vía periférica. 6. Verificar la correcta posición anatómica del paciente para la intervención y recordarle que debe mantenerse inmóvil y boca arriba. 7. Proceder a realizar la antisepsia sobre la zona a intervenir. 8. Colocar los campos estériles sobre el paciente de acuerdo a las técnicas preestablecidas. 9. Explicar al paciente cada procedimiento realizado.

	<ol style="list-style-type: none"> 10. Evaluar el estado de conciencia inicial del paciente: preguntarle cómo se siente en ese momento. 11. Informar al paciente acerca de cómo iniciara el procedimiento
<p>IV. Administración de Fármacos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El profesional de enfermería deberá: <ol style="list-style-type: none"> 1. Preparar 1 ampolla de doricum de 15 mg en una jeringa a dilución de 1mg/ml. en solución fisiológica. 2. Preparar 1 ampolla de lanexate en una dilución de 10 ml de solución fisiológica. 3. Administrar el fármaco indicado. 4. Prever la administración de soluciones parenterales: solución fisiológica, sol. ringer lactato, y sol. con dextrosa de acuerdo al caso. 5. Durante la administración de sustancias intravenosas, vigilar los signos vitales que registra el monitor. 6. Registrar o hacer registrar las eventualidades observadas.
<p>V. Instrumentación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El profesional de enfermería deberá: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasar de acuerdo a la técnica los instrumentos solicitados. 2. Suministrar de acuerdo a la técnica los instrumentos de abordaje quirúrgico. 3. Suministrar la guía, el dilatador y el catéter de abordaje una vez hecho el abordaje (punción de la arteria)debidamente purgados con solución fisiológica. 4. Suministrar la conexión de PAI en el momento de la cateterización de la línea arterial de abordaje. 5. Suministrar de acuerdo a la técnica los instrumentos de excéresis quirúrgica. 6. Suministrar de acuerdo a la técnica los instrumentos de síntesis quirúrgica 7. Conocer qué tipo de instrumento debe ser el próximo a pasar, de acuerdo al tiempo de la

	<p>intervención.</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Suministrar el material médico quirúrgico solicitado por el especialista, de acuerdo a la técnica. 9. Controlar el número total de gasas y /o compresas que suministra durante la intervención. 10. Mantener la esterilidad de cada material en uso. 11. Atender a los eventos visuales que registran los monitores del fluoroscopio durante la intervención: mira los monitores. 11. Vigilar los signos vitales registrados por el monitor durante la intervención; y declarar la percepción de alguna normalidad. 12. Al culminar la intervención, verificar que no falte sobre la mesa de instrumentación ninguno de los instrumentos en uso. 13. Al culminar la intervención, verificar que no falte ninguno de los materiales médico-quirúrgico usados. 14. Realizar una cura compresiva sobre la zona de punción con gasas y adhesivo tensoplast. 15. Colaborar en la colocación del FEMOSTOP sobre la cura compresiva de la zona de punción. 16. Preguntar al paciente cómo se siente. 17. Valorar la PA al culminar la intervención. 18. Valorar la FC al culminar la intervención. 19. Registrar o hacer registrar las eventualidades evidenciadas durante el acto quirúrgico.
<p>VI. Culminación del acto quirúrgico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El profesional de Enfermería deberá: <ol style="list-style-type: none"> 1. Colaborar en el traslado del paciente desde la mesa operatoria hasta la camilla transportadora. 2. Desechar todo el material médico-quirúrgico contaminado en los recipientes adecuados tales como gasas, compresas, campos desechables. 3. Deshacerse de los desechos punzo penetrantes contaminados con material biológico colocándolo en los recipiente adecuados. 4. Colocar el material contaminado de protección personal en los lugares determinados para su procesamiento.

5. Organizar los instrumentos utilizados y colocarlos en las jofainas para su procesamiento
6. Trasladar el instrumental a la faena sucia.
7. Organizar la mesa operatoria.
8. Organizar la mesa de instrumentación.
9. Registrar de forma descriptiva el procedimiento quirúrgico en la historia del paciente.
10. Acercarse al paciente en la sala de recuperación inmediata.
11. Preguntar al paciente cómo se siente.
12. Preguntar al paciente si siente dolor (que generalmente aparece en la zona de punción)
13. Valorar por última vez todos los signos vitales.
14. Verificar la ausencia de sangrado en la zona de punción.
15. Verificar la estabilidad fisiológica del paciente: valorar PA
16. Verificar la estabilidad fisiológica del paciente: valorar FC
17. Verificar la estabilidad fisiológica del paciente: valorar FR.
18. Valorar la presencia de pulsos distales del miembro en el que se realizó la punción: pulso tibial posterior y poplíteo.
19. Valorar la presencia o ausencia de eventos cianóticos distales.
20. Registrar las eventualidades finales en la historia: describir el estado en que se encuentra el paciente durante su recuperación inmediata.
21. Notificar al médico en caso de existir sangrado.
22. Notificar al médico en caso de existir dolor.
23. Notificar al médico en caso de no evidenciar pulsos periférico en el miembro donde se realizó la punción.
24. Planificar el alta del paciente junto al médico.
25. Anexar todos los registros realizados a la historia clínica del paciente.

VII. Criterio de Alta: Criterios de evaluación de resultados.	<ol style="list-style-type: none"> 1. El paciente debe encontrarse ubicado en espacio y persona. 2. El paciente debe mostrarse activo y debe mantener un diálogo acorde. 3. La herida no debe presentar sangrando 4. Constantes vitales en valores consideradas como normales.
Créditos o Autores:	<ul style="list-style-type: none"> • T.S.U en Enfermería : Díaz P, Veruska K • T.S.U en Enfermería :Guerrero B, Erika M
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Cuenca, N. (2002) <i>Construcción de Guías y protocolos para los cuidados de Enfermería</i>. Federación de Colegios de Enfermeras (os) de Venezuela. Caracas, Venezuela. • Guía Metodológica de Atención de Enfermería (2000). Colegios de Enfermería de Perú. Lima, Perú. • Pinto, Y. y Méndez, N. (2002). Estructura del Protocolo de Enfermería de la Policlínica Metropolitana.

NOTAS DE CALIDAD:**1) Material médico quirúrgico requerido para la realización del procedimiento:**

- 01 Bulto de ropa quirúrgica.
- 01 Bandeja de ATP.
- Gasas Estériles.
- 01 Paquete de compresas (05 compresas).
- 01 Aguja de Inserción.
- 01 Introdutor.
- 01 Dilatador.
- 01 Guía.
- 01 Catéter de ATP.
- 01 Kit de Línea Arterial.
- 01 Paquete de bolsas estériles para cubrir el transductor del eco y el fluoroscopio.

01 bisturí # 11 con mango.
06 Inyectadoras: 04 de 10 cc
02 de 20cc
01 Macrogotero.
01 Bata descartable.
03 Electrodo.
01 Cánula nasal.
01 Jelco.
01 Obturador.
03 Tegaderm.
01 Opsite.
01 Adhesivo tensoplast.
06 Gorros.
05 Pares de Cubre botas.
05 Mascarillas.
03 Pares de guantes estériles.
05 Petos de protección.
05 Protectores de tiroides.
05 Dosímetros.
02 Frascos de solución fisiológica (cada uno de 500ml).
01 Frascos de solución jabonosa (povidine, 100ml).
01 Frascos de Cifarcaína (anestesia local).
01 Frascos de Bicarbonato.

2) Catéteres disponibles para el procedimiento:

Catéter de Infusión con Cinta Radio-opaca.

Microcatéter de Fibra trenzada (para dejar infusión continua e irrigar).

Catéter Angiográfico Cerebral.

Catéter Angiográfico Abdominal.

Catéter Angiográfico Pigtailes.

Catéter de Infusión.

Catéter Balón de Dilatación.

Catéter de Angioplastia.

3) Guías disponibles para el procedimiento:

Guía Terumo.
Guía Rosen.
Guía Newton.
Guía Amplatz.
Guía Wholey.
Guía Bentson.
Guía Neuro.
Guía 014 y 018.
Guía Platinum Plus.
Guía Goose Snare

4) Introdutores disponibles para el procedimiento:

Introdutores Brite Tipe.

Introdutores Convencionales Largos.

Introdutores de Hemostasia

5) Contenido de ropa quirúrgica:

04 Batas de tela estéril.
Campos estériles: 01 Cubierta.
01 Funda de Mayo.
01 Sabana Circular.
05 Campos cerrados.
01 Campo abierto.
01 Sabana cerrada.

6) Contenido de la bandeja de ATP:

02 Porta Agujas.
02 Mosquitos.
02 Crile.
04 Escudillas.

ANÁLISIS

Siguiendo los criterios propuestos por Cuenca, M (2002) y los lineamientos establecidos por Pinto, Y y Méndez, N, se elaboró una guía de actuación para los profesionales de enfermería durante el período perioperatorio de la Angioplastia Transluminal Percutánea.

La mencionada guía cuenta con once páginas estructuradas de la siguiente manera: en la primera hoja se presenta el título, la definición del procedimiento, el nivel de atención en la cual se aplica dicha guía, así como, los objetivos que se persiguen con su elaboración

La segunda página, describe el equipo de profesionales requerido durante una ATP, y en esta misma, se inicia la descripción de las seis fases consideradas para la ejecución de acciones por parte del profesional de enfermería. En la primera fase, se encuentra la valoración del paciente antes de iniciar la ATP; tomando en consideración 24 acciones a ejecutar; motivo por el cual, parte de la tercera página también describe esta fase.

Desde parte de la tercera hasta parte de la quinta página, se describe la segunda fase, considerándose 36 acciones que debe realizar el profesional de enfermería cuando prepara el ambiente quirúrgico.

Parte restante de la quinta página describe 11 acciones que se consideran necesarias en la tercera fase que corresponde a la preparación del paciente antes de iniciar la ATP.

En la sexta página se plantean 06 acciones y consideraciones que debe tomar en cuenta el profesional de enfermería para la administración de fármacos, considerándose esta como la cuarta fase.

Entre las páginas sexta y séptima, se describen 20 acciones a ejecutar por el profesional de enfermería en la quinta fase, siendo la instrumentación durante la ATP.

La última fase a considerar en la elaboración de esta guía es la culminación del acto quirúrgico, la cual esta constituida por 25 acciones, que se describen entre las páginas séptima y octava.

La página novena, describe 04 criterios básicos que debe evaluar el profesional de enfermería antes que al paciente se le otorgue el alta de la Unidad de Radiología Intervencionista; de la misma manera, en esta página se reflejan los créditos o autores; y los datos bibliográficos consultados para la realización de la guía antes presentada.

Al finalizar la guía, entre las páginas novena y décimo primera, se describen los materiales médico – quirúrgicos, catéteres, guías, introductores, instrumentos y la lencería que debe disponerse antes de iniciar la ATP.

Para la formulación de la presente guía se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica y se consultó la opinión de expertos, tanto en el área médica como de enfermería.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1 CONCLUSIONES

1. En relación al subindicador valoración, el 80,6% de las acciones son ejecutadas por los profesionales de enfermería en la totalidad de las oportunidades, considerándose esta actuación dentro de un nivel alto. Se observó que los porcentajes oscilaron entre el 79,2% y el 88,9% por lo que se dice que los elementos muestrales demuestran un alto cumplimiento de las acciones.
2. El 95,2% de las acciones que comprenden la preparación del área quirúrgica son ejecutadas en un alto nivel. Esto evidencia un mejor desempeño del profesional de enfermería durante esta etapa en comparación a su actuación durante la valoración.
3. El 78,3% de las acciones durante la preparación del paciente fueron ejecutadas. Este es un porcentaje de cumplimiento moderado por lo que se puede pensar que los actos ligados a esta etapa no esta siendo netamente ejecutados y la actuación no esta siendo satisfactoria en función de una

actuación global de calidad. Además, se evidencia un número importante de acciones que están siendo obviadas por parte del personal.

4. Durante la administración de fármacos, el 84,3% de las acciones se ejecutaron. El perfil de ejecución de las acciones se mantuvo, en su mayoría, sobre el 80%. Puede decirse que la actuación del profesional durante esta etapa fue alta, sin embargo, se deja cabida a un mejoramiento del desempeño y lograr una óptima actuación.
5. El 90,1% de las acciones durante la instrumentación son ejecutadas. En un rango entre el 80,7% y el 94,7% los elementos muestrales cumplieron con las acciones consideradas durante esta etapa.
6. En relación a la culminación del acto quirúrgico, la actuación de enfermería se ubicó en un nivel de cumplimiento moderado a bajo dado por un porcentaje promedio del 61,8%. Esto denota un déficit importante en la actuación y desempeño del profesional al momento final del perioperatorio de la ATP. Con valores oscilantes entre el 28% y el 60%, con escasos valores superiores al 75%, la línea de comportamiento general del profesional es de bajo y muy bajo rendimiento, situando a esta etapa como aquella con el mayor número de actos omitidos.

7. En función de las variantes en los rangos porcentuales obtenidos, y de la revisión de diferentes criterios (PCM , Cuenca; N.) se creó una guía de actuación del profesional del enfermería durante el periodo perioperatorio de la ATP, para la determinación de su factibilidad y su posterior implementación o ejecución.

5.2 RECOMENDACIONES.

1. Informar a las autoridades competentes acerca de las necesidades detectadas y de los eventos observados dentro de la institución para que se tenga un conocimiento integral acerca de la situación.
2. Crear un programa de selección y entrenamiento para el personal de enfermería que aspira ser parte del equipo que labora en la unidad de Intervencionismo Cardiovascular, en donde, se evalúe el perfil del sujeto y se utilicen las guías de actuación como elemento fundamental en el entrenamiento teórico-práctico del individuo.
3. Crear un programa de educación continua y reforzamiento, que incluya a todo el personal y que permita la integración de nuevos conocimientos, de los avances científicos-tecnológicos más recientes en la materia y que promuevan

la continua preparación teórico-práctica del profesional, promoviendo a su vez programas de subespecialización y especialización en el área.

4. Crear sistemas periódicos de auto y co-evaluación del personal que labora en la unidad, en cuanto a su desempeño en cada procedimiento, en función de ciertos lineamientos, políticas, normas e indicadores estadísticos.
5. Promover el estudio de diferentes situaciones en las que la actuación de enfermería esté implícita y proponer la creación e implementación de guías de actuación como instrumentos de unificación de criterios y ejecución uniforme y correcta de las acciones.
6. Se recomienda la continuación de esta investigación hasta comprobar la factibilidad e implementación de la guía de actuación propuesta, por autores diferentes, por los mismo autores o por la institución en cuestión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARNALDO, F (2004). Enciclopedia Médica. Department of Cardiology, Henry Ford Hospital, Detroit, MI. Review provided by VeriMed Healthcare Network. Documento en línea, consultado junio 2005. www.medlineplus.com

ASENJO, R. y GOICH, J. (1998). Terapéutica Cardiovascular: Actualizaciones. Editorial Mediterráneo. Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

BARTOLOME, L (2002). Guías de la Práctica Clínica en Enfermería. Consejo de Enfermería de la Comunidad de Valencia. Editorial Generalitat Valenciana. Valencia, España

BOYCE, J. y DIDER, P. (2002). Guidelines For Hand Hygiene In Health Care Setting. Georgia-Usa. Documento en línea, consultado noviembre de 2005. www.hospitaleltunal.edu

BOSTON SCIENTIFIC (2000). Sten Endovascular. Documento en línea, consultado agosto 2005. www.bostonscientific.es

BRAUNWALD, E (1999). Tratado de Cardiología. Quinta Edición. Volumen I. Editorial Interamericana McGraw-Hill. México.

CORDIS y JOHNSON&JONSON (2003). Catéter para Angioplastia Transluminal Percutánea. Manual de Uso de Catéter de Angioplastia Transluminal Percutánea. Miami, Florida

CUENCA, N (2002). Construcción de Protocolos y Guías para los Ciudadanos de Enfermería. Federación de Colegios de Enfermeras (os) de Venezuela. Caracas, Venezuela.

DALLER, J (2004). Enciclopedia Médica. Review provided by VeriMed Healthcare Network. Department of Surgery, University of Arkansas for Medical Sciences, Little Rock, Arkansas. Documento en línea, consultado junio 2005. www.medlineplus.com

DE LA CRUZ , O; PALACIOS, R; MUÑIZ, G; REYES, D; JÁUREGUI, O Y OGAZ, G (2004). “Revascularización Percutánea en Cardiopatía Isquémica en Pacientes con Disfunción Ventricular Sistólica Izquierda”. Revista Mexicana de Cardiología 15 (3) pp 95-99

DÍAZ, R; SPENCER, H. (2005). La Temperatura Corporal. Departamento de Anestesiología. Clínica Las Lourdes. Santiago-CHILE. Documento en línea, consultado noviembre 2005. www.clc.anestesiolog.edu.gov.

DU GAS; B (2000) TRATADO DE ENFERMERÍA PRACTICA. Cuarta EDICIÓN. Mcgraw Hill-Interamericana. México.

FARRERAS, P y ROZMAN C (1996) Medicina Interna. Décimo Tercera Edición. Edición CD-ROM. Ediciones Doyma SA y Mosby – Doyma Libros SA. Barcelona – España.

GUÍA METODOLÓGICA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (2000). Colegios de Enfermería de Perú. Lima, Perú. Documento en línea, consultado junio de 2004. www.medicinainformacion.com/enfermeria_libros.htm.

HARRISON. T.R, et al. (2002). Principios de Medicina Interna. 15ª Edición, Volumen I. Interamericana McGraw-Hill. Madrid, España.

HURTADO, J (2000) Metodología de la Investigación. Fundación SYPAL. Caracas.

HURTADO, J (1994) Metodología de la Investigación Holística. Fundación SYPAL. Caracas.

KOZIER, B; ERG, G y OLIVIERI R (1997) Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y Práctica. Quinta Edición. Volumen I. Interamericana McGraw-Hill. Madrid, España.

LIBROS VIVOS (2005). Actuación de Enfermería. Documento en línea, consultado mayo de 2005. www.librosvivos.net

Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Vicerrectorado de Investigación y Postgrado. Caracas, Venezuela. Tercera Edición-Reimpresión. 2005

MARSO, S. y GRIFFIN, B (2002) Cardiología. Marban Libros. España.

MATA, I y VIEIRA, A (2000) Intervención del profesional de enfermería en la preparación del paciente quirúrgico en la fase preoperatoria. Hospital Universitario de Caracas. Servicio de Cirugía, segundo trimestre del año 2000. Trabajo de Grado para optar al título de Licenciado en Enfermería. Escuela Experimental de Enfermería. Facultad de Medicina. UCV. Caracas.

NANDA (2001). Guía de Actuación. Documento en línea, consultado junio de 2004. www.aeev.net/documentos/2003/3.pdf

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD y la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estadísticas de Morbimortalidad. Documento en línea, consultado noviembre 2005. www.ops-oms.org.ve.

ORLAND, M. y SALTMAN, R (1986). Administración de Medicamentos durante una Intervención Quirúrgica. Documento en línea, consultado en junio de 2004. www.librosgratisonline.com.

PÉREZ, M. (2001) Propuesta de Protocolo para los cuidados de Enfermería al paciente críticamente enfermo antes, durante y después de la Terapia

Transfusional. Trabajo de Grado para optar al título de Licenciado en Enfermería. Escuela Experimental de Enfermería. Facultad de Medicina. UCV. Caracas.

PINTO, Y y MÉDEZ, N (2002). Estructura de Guía de Enfermería Señalizada por Policlínica Metropolitana. Gerencia de Docencia y Cultura Corporativa de Policlínica Metropolitana.

POLICLÍNICA METROPOLITANA (2000). Radiología Intervencionista. Documento en línea, consultado en junio de 2004. www.intervencionismo.com/

POLIT, D y HUNGLER, B (1999). Investigación Científica en Ciencias de la salud. Sexta Edición. Interamericana McGraw-Hill. México.

POTTER, P y PERRY, A (2003) Fundamentos de Enfermería. Quinta Edición. Editorial Harcourt-Océano. Barcelona, España.

RADIOLOGICAL SOCIETY OF NORTH AMERICA, INC. (2005). Stens Endovascular. Documento en línea, consultado: septiembre de 2005. www.medlineplus.com

SAMPIERI, R; FERNÁNDEZ, C; y BAPTISTA; P. (2003). Metodología de la Investigación. Tercera Edición. Interamericana McGraw-Hill. México.

TOPOL, E (2001). Cardiología Intervencionista. Tercera Edición. McGraw Hill-Interamericana. Mexico.

TORRADEFLOT, I (1994) Implantación de una Guía de Valoración de Enfermería en Atención Primaria . Trabajo de Grado para optar al título de Licenciado en Enfermería. Eixample – Barcelona.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2002). Preguntas Frecuentes Acerca de las Enfermedades Cardiacas y Cardiovasculares. Documento en línea, consultado junio de 2005. www.womenshealth.gov

ANEXOS

ANEXO N° 01

**ESTRUCTURA DE LA GUÍA DE ENFERMERÍA SEÑALIZADA POR
POLICLÍNICA METROPOLITANA.**

Encabezado: logo de la institución

Unidad Clínica.

Enunciado del procedimiento y/o cuidado:

Se especifica el nombre de la técnica, procedimiento o cuidado.

Se especifica el grupo poblacional (si es necesario).

Define la atención aguda o crónica según la gravedad de la patología (de requerirse).

Objetivos:

Define el resultado principal que se pretende alcanzar al realizar el procedimiento.

Se describen, en tiempo infinitivo y en verbos regulares (ejemplo: DETERMINAR, EVALUAR) o con el sustantivo equivalente (ejemplo: DETERMINACIÓN, EVALUACIÓN).

Observaciones y/o contraindicaciones:

Refleja aspectos importantes que hay que tener en cuenta antes y después del procedimiento. Se incluye para prevenir posibles complicaciones.

Personal:

Indica el número y categoría profesional de las personas que llevarán a cabo el procedimiento o cuidado. Se incluye para especificar la responsabilidad y valorar las

<p>cargas de trabajo en la realización de procedimientos y/o cuidados.</p>
<p>Material necesario:</p> <p>Indica el número de recursos materiales que se van a utilizar, especificando característica fundamentales.</p> <p>Se incluye para ahorrar tiempo y costos, evitando pasos innecesarios y controlando el material requerido para cada procedimiento o cuidado.</p>
<p>Preparación del paciente:</p> <p>Describe la información y preparación específica que debe tener un paciente o acompañantes antes de llevar a cabo un procedimiento y/o cuidado.</p>
<p>Preparación del personal:</p> <p>Se incluye para verificar que las condiciones que conciernen al paciente y/o acompañantes permitan llevar a cabo el procedimiento de la manera más idónea.</p>
<p>Ejecución:</p> <p>Describe de manera secuencial los pasos a seguir en cada procedimiento y/o cuidado.</p> <p>Se incluye como recordatorio para realizar la técnica y/o cuidado según estándares consensuados.</p>
<p>Puesta en orden:</p> <p>Indica la importancia de reflejar en la historia clínica del paciente el procedimiento realizado, hora, fecha, observaciones, etc; y firma de quién lo realizó.</p> <p>Describe el modo de conservar en buen estado el material utilizado.</p> <p>Se incluye como requisito de apoyo legal, así como ayuda para adquirir el hábito de dejar constancia por escrito de los cuidados realizados, además para favorecer el orden</p>

y correcto funcionamiento del material y/o equipos utilizados.

Detalles de calidad: algunos ítems que pueden incorporarse en los apartados “Preparación del paciente”, “Ejecución” o “Puesta en orden”, para enfatizar el

“Cuidado Humano”.

Créditos o autores: se refiere a la especificación de la identidad del creador de la guía de actuación.

Bibliografía: hace referencia a las consultas bibliográficas hechas durante la elaboración de la guía de actuación.

ANEXO N° 02

Republica Bolivariana de Venezuela
Universidad Central de Venezuela
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

El presente instrumento esta dirigido al personal de enfermería que labora la Unidad de Intervencionismo Cardiovascular de la Policlínica Metropolitana, con el objeto de recabar información sobre la viabilidad de la construcción e implementación de una Guía de actuación de Enfermería durante el período perioperatorio de la angioplastia transluminal percutánea como procedimiento característico de la cardiología intervencionista.

Los datos recabados serán utilizados con fines investigativos, metodológicos y estadísticos en función de la realidad actual.

ITEM	SI	NO
VALORACIÓN		
1-Lee la historia del paciente antes de realizar cualquier procedimiento.		
2- Saluda al paciente constatando su nombre.		
3-Se acerca al paciente para preguntarle cómo se siente.		
4- Verifica el diagnostico del paciente.		
5- Aclara las dudas que el paciente expresa durante la conversación.		
6-Explica al paciente el procedimiento a realizar.		
7-Valora el estado de conciencia general del paciente en tiempo, persona y espacio.		
8- Pregunta al paciente si ha ingerido alimentos		
9- Pregunta al paciente si ha ingerido medicamentos		
10- Realiza la anamnesis: pregunta acerca de los antecedentes médicos propios o familiares de importancia		
11-Verifica el rasurado de la zona a intervenir		
12- Verifica la integridad física general: observa cabeza, tronco y extremidades.		
13- Registra todos los datos obtenidos en los formatos adecuados.		
14- Realiza una primera medición de PA.		
15-Realiza una primera medición de FC		
16-Realiza una primera medición de T°		
17-Realiza una primera medición de FR.		
18- Registra los signos vitales medidos.		
19-Orienta al paciente hacia la sala pre-quirúrgica.		
20-Explica al paciente que debe despojarse de toda su indumentaria, incluyendo ornamentos.		
21-Facilita al paciente la bata a colocarse para el procedimiento.		
22-Facilita al paciente el gorro a colocarse para el procedimiento		
23- Si el paciente no tiene vía periférica: cateteriza una.		
24- Si el paciente tiene vía periférica: verifica su permeabilidad.		
PREPARACIÓN DEL AMBIENTE QUIRÚRGICO.		
25- Ubica la mesa operatoria en la posición adecuada: a 0° de inclinación con respecto al eje horizontal.		
26-Ubica la mesa de instrumentación en paralelo a la mesa operatoria.		
27-Ubica un paral a los pies de la mesa operatoria que sostenga: 1lco de solución fisiológica dentro de un insuflador presurizado a 150mmHg + conexión del sistema de PAI conectada debidamente al monitor de registro de S.V y a la solución		

28-Ubica el monitor de registro de S.V a los pies de la mesa operatoria, al lado del paral con solución.		
29-Verifica el correcto funcionamiento del monitor de S.V: lo enciende y observa la transmisión isoelectrica de las ondas.		
30- Verifica la ubicación del fluoroscopio: a 90° con respecto a la fosa ilíaca derecha del paciente, a ese mismo nivel anatómico.		
31- Ubica el equipo portátil de ecosonografía a la cabecera de la mesa operatoria.		
32- Verifica el correcto funcionamiento del equipo de ecosonografía: lo enciende y observa la transmisión de imagen en la pantalla.		
33-Se coloca el gorro.		
34-Se coloca los botines.		
35-Se coloca la mascarilla.		
36-Se coloca los lentes protectores.		
37-Se coloca el equipo de seguridad radiológica: peto + protector de tiroides, dosímetro, protector de gónadas.		
38- Hace pasar al paciente, lo ubica sobre la mesa operatoria.		
39- Le explica al paciente cuál es la posición que debe adoptar: decúbito dorsal., con los brazos a los lados del cuerpo.		
40- Ubica sobre la mesa de instrumentación el bulto de ropa quirúrgica a utilizar.		
41-Ubica sobre la mesa de instrumentación el material médico quirúrgico a utilizar: gasas, jeringas, adhesivo tensoplast, compresas.		
42- Ubica sobre la mesa de instrumentación la bandeja de ATP.		
43- Ubica el catéter introductor solicitado por el médico y lo coloca sobre la mesa.		
44- Ubica la guía solicitada por el médico y lo coloca sobre la mesa.		
45- Ubica el catéter dilatador solicitado por el médico y lo coloca sobre la mesa.		
46- Ubica el catéter de ATP solicitado por el médico + el material de contraste colocándolo sobre la mesa.		
47- Ubica el STENT en caso de que el médico lo solicite y lo coloca sobre la mesa.		
48- Ubica el set de autoinsuflación (para el balón del catéter de ATP, si éste lo requiere) y lo mantiene a disponibilidad (cerca)		
49- Ubica el FEMOSTOP y lo mantiene a disponibilidad para el fin de la intervención.		
50-Realiza el lavado de manos de acuerdo a la técnica preestablecida.		
51- Se viste con la indumentaria estéril: bata + guantes, de acuerdo a las técnicas preestablecidas.		
52- Abre el bulto de ropa quirúrgica procediendo a organizar la mesa de instrumentación de acuerdo a las técnicas preestablecidas (guardando la esterilidad de todos los instrumentos).		
53- Ayuda al médico a colocarse la indumentaria estéril: bata, guantes.		

54-Verifica que no falte ningún instrumento sobre la mesa de instrumentación.		
55- Verifica que no falte el material médico quirúrgico sobre la mesa de instrumentación: gasas, jeringas, adhesivo tensoplast, compresas.		
56-Coloca bolsas estériles, campos sujetadores estériles sobre el transductor del equipo de ecosonografía.		
57- Coloca bolsas estériles sobre el receptor de rayos del fluoroscopio (sobre el foco que da sobre el paciente).		
58-Introduce el control remoto del fluoroscopio en una bolsa estéril para que el médico pueda manejarlo durante la intervención.		
59-Hace verificar la iluminación de la sala de operaciones: solicita la máxima iluminación para el abordaje.		
60-Solicita la disminución de la luz blanca al momento del inicio de las radiaciones con el fluoroscopio.		
PREPARACIÓN DEL PACIENTE		
61-Valora la PA antes de iniciar la intervención.		
62-Valora la FC antes de iniciar la intervención.		
63-Ubica la vía periférica.		
64-Permeabiliza la vía periférica.		
65-Verifica la correcta posición anatómica del paciente para la intervención: le recuerda que debe mantenerse inmóvil y boca arriba.		
66- Procede a realizar la antisepsia sobre la zona a intervenir.		
67- Coloca los campos estériles sobre el paciente de acuerdo a las técnicas preestablecidas.		
68-Explica al paciente cada procedimiento realizado.		
69- Hace registrar los signos vitales medidos		
70- Evalúa el estado de conciencia inicial del paciente: le pregunta cómo se siente en ese momento.		
71- Informa al paciente acerca de cómo iniciara el procedimiento		
ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS		
72-Prepara 1 ampolla de doricum de 15 mg en una jeringa a dilución de 1mg/ml. en solución fisiológica.		
73-Prepara 1 ampolla de lanexate en una dilución de 10 ml de solución fisiológica.		
74- Administra el fármaco indicado.		
75-Prevé la administración de soluciones parenterales: solución fisiológica, sol. ringer lactato, y sol. dextrosada de acuerdo al caso.		
76- Durante la administración de sustancias intravenosas vigila los signos vitales que registra el monitor.		
77- Registra/hace registrar las eventualidades observadas.		
INSTRUMENTACIÓN		
78- Pasa de acuerdo a la técnica los instrumentos solicitados.		
79-Suministra de acuerdo a la técnica los instrumentos de abordaje quirúrgico.		

80-Suministra la conexión de PAI en el momento de la cateterización de la línea arterial de abordaje.		
81-Suministra de acuerdo a la técnica los instrumentos de exéresis quirúrgica.		
82-Suministra de acuerdo a la técnica los instrumentos de síntesis quirúrgica.		
83-Conoce qué tipo de instrumento debe ser el próximo a pasar, de acuerdo al tiempo de la intervención.		
84- Suministra el material médico quirúrgico solicitado por el especialista, de acuerdo a la técnica.		
85- Purga los catéteres con solución fisiológica antes de suministrarlos.		
86- Controla el número total de gasas y /o compresas que suministra durante la intervención.		
87-Mantiene la esterilidad de cada material en uso.		
88-Atiende a los eventos visuales que registran los monitores del fluoroscopio durante la intervención: mira los monitores.		
89- Vigila los signos vitales registrados por el monitor durante la intervención.		
90- Al culminar la intervención verifica que no falte sobre la mesa de instrumentación ninguno de los instrumentos en uso.		
91- Al culminar la intervención verifica que no falte ninguno de los materiales médico-quirúrgico usados.		
92-Realiza una cura compresiva sobre la zona de punción.		
93- Colabora en la colocación del FEMOSTOP sobre la cura compresiva de la zona de punción.		
94-Pregunta al paciente cómo se siente.		
95- Valora la PA al culminar la intervención.		
96- Valora la FC al culminar la intervención.		
CULMINACIÓN DEL ACTO QUIRÚRGICO.		
97- Colabora en el traslado del paciente desde la mesa operatoria hasta la camilla transportadora.		
98- Desecha todo el material médico-quirúrgico contaminado en los recipientes adecuados: gasas, compresas, campos desechables.		
99- Se deshace de los desechos punzo penetrantes contaminados con material biológico colocándolo en los recipiente adecuados.		
100- Coloca el material contaminado de protección personal en los lugares determinados para su procesamiento.		
101-Organiza los instrumentos utilizados y los coloca en las jofainas para su procesamiento.		
102- Traslada el instrumental a la faena sucia.		
103-Organiza la mesa operatoria.		
104- Organiza la mesa de instrumentación.		
105-Registra de forma descriptiva el procedimiento quirúrgico en la historia del paciente.		
106-Se acerca al paciente en la sala de recuperación inmediata.		
107- Le pregunta al paciente cómo se siente.		

108-Le pregunta al paciente se siente dolor (que generalmente aparece en la zona de punción).		
109-Valora por última vez todos los signos vitales.		
110-Verifica la ausencia de sangrado en la zona de punción.		
111-Verifica la estabilidad fisiológica del paciente: valora PA.		
112-Verifica la estabilidad fisiológica del paciente: valora FC.		
113-Verifica la estabilidad fisiológica del paciente: valora FR.		
114-Valora la presencia de pulsos distales del miembro en el que se realizó la punción: pulso tibial posterior, pulso poplíteo.		
115- Registra las eventualidades finales en la historia: describe el estado en que se encuentra el paciente durante su recuperación inmediata.		
116-En caso de existir sangrado: notifica al médico.		
117- En caso de existir dolor: notifica al médico.		
118-En caso de no evidenciar pulsos periférico en el miembro donde se realizó la punción: notifica al medico.		
119-En caso de aparecer cianosis distal: notifica al médico.		
120-Planifica el alta del paciente junto al médico.		
121-Anexa todos los registros realizados a la historia clínica del paciente.		

ANEXO N° 03

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Carta de Aprobación del Experto

Yo, Elizabeth Rúa de V., titular de la C.I. N° 4814298
en mi condición de: Eugenia Couza declaro que una vez revisado,
apruebo el instrumento elaborado por las bachilleres: Díaz, P. Veruska y Guerrero, B.
Erika; relacionado a la investigación denominada: **Guía De Actuación del
Profesional de Enfermería durante el período intraoperatorio de la ATP como
procedimiento característico del Intervencionismo Cardiovascular**, llevada a cabo
en el Laboratorio de Hemodinamia – Sección: Radiología Intervencionista, de la
Policlínica Metropolitana, como requisito fundamental para la culminación de su
carrera estudiantil y optar al título de Licenciada en Enfermería.

Caracas, 2005. 1/12/

Firma:

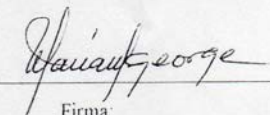
C.I. N° 4814298

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Carta de Aprobación del Experto

Yo, Maria Morales de George, titular de la C.I.Nº: 2.962.268,
en mi condición de: Enf. Quirúrgica declaro que una vez revisado,
apruebo el instrumento elaborado por las bachilleres: Díaz, P. Veruska y Guerrero, B.
Erika; relacionado a la investigación denominada: **Guía De Actuación del
Profesional de Enfermería durante el período intraoperatorio de la ATP como
procedimiento característico del Intervencionismo Cardiovascular**, llevada a cabo
en el Laboratorio de Hemodinamia – Sección: Radiología Intervencionista, de la
Policlínica Metropolitana, como requisito fundamental para la culminación de su
carrera estudiantil y optar al título de Licenciada en Enfermería.

Caracas, 2005.

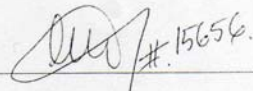

Firma:
C.I. Nº 2.962.268.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Carta de Aprobación del Experto

Yo, JUAN COLAN PARRAGA, titular de la C.I.Nº: 4129442,
en mi condición de: CARDIOLOGO declaro que una vez revisado,
apruebo el instrumento elaborado por las bachilleres: Díaz, P. Veruska y Guerrero, B.
Erika; relacionado a la investigación denominada: Guía De Actuación del
Profesional de Enfermería durante el período intraoperatorio de la ATP como
procedimiento característico del Intervencionismo Cardiovascular, llevada a cabo
en el Laboratorio de Hemodinamia – Sección: Radiología Intervencionista, de la
Policlinica Metropolitana, como requisito fundamental para la culminación de su
carrera estudiantil y optar al título de Licenciada en Enfermería.

Caracas, 2005.


Firma: JUAN A. COLAN P.
C.I. N.º Cardiólogo
R.I.F.: 4.129.442
M.S.A.S. 15.656

ANEXO N° 04



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
 FACULTAD DE MEDICINA
 ESCUELA DE ENFERMERÍA
 CÁTEDRA: INVESTIGACIÓN APLICADA I



Licenciada: Yolanda Pinto
 Gerente de Docencia y Cultura Corporativa
 Policlínica Metropolitana

Caracas 12 de Abril del 2005.

Reciba ante todo un cordial saludo y nuestros mejores deseos de prosperidad. Es de nuestro agrado dirigirnos a ud.(s) con la finalidad de hacer de su conocimiento nuestra intención de continuar en la institución para la que ud.(s) labora, y llevar a cabo la culminación del trabajo de investigación científica y avance profesional que regularmente se inicia en el VIII semestre del régimen presencial de estudios de la carrera : Licenciatura en Enfermería, el cual hemos aprobado exitosamente y que nos exige la casa de estudios que representamos: Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería.

Es de su conocimiento, que en una oportunidad hicimos llegar una comunicación formal a sus manos en la que expresábamos el mismo sentir que ahora nos invade: trabajar para y en conjunto al distinguido personal de Policlínica Metropolitana, en la ejecución de un ambicioso y fructífero proyecto que oportunamente se presentó ante las autoridades competentes y que mejor que bien recibido, fue acogido de manera muy propia por parte de las partes involucradas, permitiendo así un inicio excepcionalmente positivo de las actividades propuestas.

El trabajo de investigación al cual se hace referencia, como se sabe, se llevará a cabo específicamente en las instalaciones de la **Unidad de Cardiología Intervencionista** adscrita a la institución, teniendo como objetivo fundamental desarrollar y definir algunos **Protocolos**



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA: INVESTIGACIÓN APLICADA I

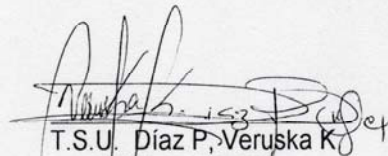



de actuación de Enfermería en las actividades propias de la cardiología intervencionista, y se desarrollara en las distintas etapas propias del proceso investigativo. Para ello, tenemos aspiraciones de concluir dicho proceso en un tiempo aproximado de un seis (06) meses a partir de la propia fecha en que se haga activa nuestra participación en la institución.

Cabe la acotación, que el tiempo preestablecido esta sujeto a modificaciones, en función de las necesidades de la propia investigación o de la institución y que este comunicado es para ofrecer nuestras más sentidas disculpas por la ausencia de nuestras personas en el área clínica escogida para el desarrollo del proyecto, asegurándoles que muy justificadamente nos vimos obligadas a reorganizar muchos aspectos del proyecto y en vista de ello, nuestra ausencia, más que sentida por ustedes, ha sido vergonzosa para nosotras.

Esperando de ud.(s) la mejor receptividad, comprensión de la situación y una respuesta satisfactoria para todas las partes implicadas, reiterando nuestro más profundo deseo de reintegrarnos a las labores que en una oportunidad iniciamos, y que por causas de fuerza mayor nos vimos obligadas abandonar.

Agradecidas de antemano:


T.S.U. Díaz P. Veruska K.
C.I.V- 15179297


T.S.U. Guerrero B, Erika M
C.I. V- 16358362