

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Relación entre el conocimiento y la práctica en el manejo del post operado de fístula

Blalock Taussing por los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados

Intensivos Cardiovascular del Instituto Nacional de Salud Del Niño, San Borja, 2017

Por:

Veronika del Milagro Pupuche Vilela

Karen Patricia Salcedo Rosas

Asesora:

Dra. Mayela Cajachagua Castro

Lima, julio de 2017

Presentaciones en eventos científicos

IV Jornada Científica en Ciencias de la Salud “La Investigación y el Desarrollo de las Especialidades en Enfermería” 13 y 15 de junio del 2017. Universidad Peruana Unión – Lima.

Ficha catalográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) de la UPeU

TIEF 2 P25 2017	<p>Pupuche Vilela, Veronika del Milagro Relación entre el conocimiento y la práctica en el manejo del post operado de fístula Blalock Taussing por los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular del Instituto Nacional de Salud Del Niño, San Borja, 2017./ Autores: Veronika del Milagro Pupuche Vilela, Karen Patricia Salcedo Rosas; Asesora: Dra. Mayela Cajachagua Castro. Lima, 2017. 102 páginas.</p> <p>Trabajo de Investigación (2da Especialidad), Universidad Peruana Unión. Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud. Escuela de Posgrado, 2017. Incluye referencias, resumen y apéndice. Campo del conocimiento: Enfermería.</p> <p>1. Fístula Blalock Taussing. 2. Profesional de enfermería. 3. Paciente operado. I. Salcedo Rosas, Karen Patricia, autora.</p>
------------------------------------	--

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Yo, MAYELA CAJACHAGUA CASTRO, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Relación entre el conocimiento y la práctica en el manejo del post operado de fistula Blalock Taussing por los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular del Instituto Nacional de Salud Del Niño, San Borja, 2017.”* constituye la memoria que presentan las licenciadas: VERONIKA DEL MILAGRO PUPUCHE VILELA y KAREN PATRICIA SALCEDO ROSAS, para aspirar al título de Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos Pediátricos, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de investigación son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los veintisiete días del mes de julio de 2017.



Dra. Mayela Cajachagua Castro


Relación entre el conocimiento y la práctica en el manejo del post operado de fístula
Blalock Taussing por los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos
Cardiovascular del Instituto Nacional de Salud Del Niño, San Borja, 2017.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Presentado para optar el título profesional de Especialista en Enfermería en Cuidados
Intensivos Pediátricos

JURADO CALIFICADOR


Dra. María Angela Paredes Aguirre
Presidente


Mg. Rocío Suárez Rodríguez
Secretario


Dra. Mayela Cajachagua Castro
Asesor

Lima, 27 de julio de 2017

Índice

Resumen	viii
Capítulo I.....	10
Planteamiento del problema	10
Identificación del problema.....	10
Formulación del problema.	13
Problema general.	13
Problemas específicos.	13
Objetivos de la investigación	13
Objetivo general.	13
Objetivos específicos.....	14
Justificación.....	14
Justificación teórica.	14
Justificación metodológica.	14
Justificación práctica y social.....	15
Presuposición filosófica	15
Capítulo II	17
Desarrollo de las perspectivas teóricas	17
Antecedentes de la investigación	17
Definición conceptual	24
Conocimiento de los profesionales de enfermería sobre la Fístula Blalock Tausing.....	24

Práctica del manejo pos operatorio del paciente.	24
Fístula Blalock Taussing.	24
Bases teóricas	25
Generalidades del Conocimiento.....	25
Fistula Blalock Taussing Modificada	27
Rol de la enfermera y Teorías de Enfermería.....	35
Capítulo III	43
Metodología	43
Descripción del lugar de ejecución	43
Población y muestra	43
Población.	43
Muestra.	44
Criterios de inclusión y exclusión	44
Tipo y diseño de investigación.....	44
Formulación de Hipótesis	45
Identificación de variables	45
Operacionalización de las variables	46
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	62
Proceso de recolección de datos.....	63
Procesamiento y análisis de datos	64
Consideraciones éticas	64
Capítulo IV	65

Administración del proyecto de investigación	65
Cronograma de ejecución.....	65
Presupuesto	66
Referencias	67
Apéndice	71
Apéndice A: Instrumentos de recolección de datos	72
Apéndice B: Validez de los instrumentos	77
Apéndice C: Consentimiento informado.....	82
Apéndice D: Confiabilidad del instrumento	84
Apéndice F: Autorización institucional	88
Apéndice G: Escala de esthanones.....	89
Apéndice G: Carta de presentación de los docentes – asesor	90
Apéndice I: Matriz de consistencia	92

Resumen

En la actualidad la mayoría de las cardiopatías congénitas pueden ser sometidas a tratamiento quirúrgico paliativo o correctivo, dentro del tratamiento quirúrgico paliativo tenemos a la fistula Blalock Taussing la cual se realiza a patologías con lesiones obstructivas del lado derecho con flujo pulmón. El objetivo de este estudio es determinar la relación entre el conocimiento y la práctica en el manejo del post operado de Fístula Blalock Taussing por los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja. Metodológicamente el presente trabajo es de carácter cuantitativo, el diseño es no experimental transversal correlacional-causal, es no experimental, transversal, y correlacional-causal. La población de estudio estará conformada por todos los profesionales de enfermería del servicio de la UCI Cardiovascular del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, siendo un total de 44 profesionales de enfermería. El instrumento para la variable de conocimientos, fue sometido a validez de contenido mediante el juicio de expertos proporcionada por 5 profesionales del área y se obtuvo el valor de $p=0.035$ en la tabla de concordancia y la Prueba Binomial, posteriormente se realizó la prueba piloto, obteniendo así, una confiabilidad de $KR-20 = 0.82$. Para la variable de la práctica se utilizará una lista de cotejo que fue sometido a validez de contenido mediante el juicio de expertos y se obtuvo el valor de $p=0.035$ en la tabla de concordancia y la Prueba Binomial se realizó la prueba piloto a fin de determinar la confiabilidad estadística mediante el método de Kuder Richarson, obteniendo una confiabilidad de $KR-20 = 0.87$. Los resultados de este estudio permitirán fortalecer el área de desempeño que realiza el profesional de enfermería, ya que con los conocimientos sobre la Fístula Blalock Taussing y prácticas necesarias brindará un mejor cuidado al paciente post operado de cirugía cardiaca y evitar el riesgo de muerte inminente. Asi

mismo los resultados se convertirán en un referente para fortalecer a futuros programas de capacitación dirigidos a los profesionales de enfermería de la UCI Cardiovascular.

Palabras clave: Conocimiento, práctica, manejo del post operado, fístula Blalok Taussing.

Capítulo I

Planteamiento del problema

Identificación del problema

Las cardiopatías congénitas “a nivel mundial son las más comunes de todas las malformaciones congénitas con una incidencia de 6 a 8 por 1.000 nacidos vivos (Garzón, Malpica, Pérez y Monroy, 2015). Y estas pueden comprender una amplia variedad de malformaciones desde las más simples hasta las más complejas.

La Organización mundial de la salud (OMS, 2010), calcula que en 2004 unos 260 000 fallecimientos en el mundo (alrededor de un 7% de todas las muertes de recién nacidos) fueron causados por anomalías congénitas. Los más frecuentes de esos trastornos graves son los defectos cardíacos congénitos, los defectos del tubo neural y el síndrome de Down.

En el Perú, las cardiopatías congénitas tienen una incidencia de 8 por 1000 niños recién nacidos, cifra que se ve reflejada con mayor frecuencia en la población de escasos recursos y los que se encuentran en el interior del país, asimismo, la incidencia es más alta en madres desnutridas(Cabanillas y Curay, 2013).

La cirugía cardíaca ha experimentado un desarrollo espectacular en estos 10 últimos años, por lo que ofrece mejores resultados, gracias a diversos factores como son: mejoras y afianzamiento en las técnicas diagnósticas (cateterismos cardíacos), perfeccionamiento en la técnica quirúrgica (formación del equipo quirúrgico), diseño y fabricación de prótesis valvulares, mejoras en las técnicas de circulación extracorpórea, y por último, la calidad de la atención posoperatoria, no solo en relación a los materiales sino también a la capacitación del personal, tanto del equipo médico como del personal de enfermería, que representa en sí, a los

que más tiempo permanecen junto al paciente, tras la intervención. Ese avance se expresa en que el paciente operado de cirugía cardíaca no está más de 2 ó 3 días en la Unidad de Cuidados Intensivos, para pasar posteriormente a la planta de hospitalización. El personal de enfermería desempeña un papel importantísimo en la cirugía cardíaca, como una pieza más de ese gran rompecabezas, constituido desde que el paciente ingresa al hospital, hasta que se va de alta a su domicilio. El paciente en situación posoperatoria de la cirugía cardíaca debe ser vigilado extremadamente por el personal de enfermería durante las primeras 24 horas: control de signos clínicos, como la presión arterial, temperatura, arritmias, drenajes, etc. (Carmona, 2002).

En la actualidad la mayoría de las cardiopatías congénitas pueden ser sometidas a tratamiento quirúrgico paliativo o correctivo, dentro del tratamiento quirúrgico paliativo tenemos a la fistula Blalock Taussing la cual se realiza a patologías con lesiones obstructivas del lado derecho con flujo pulmonar dependiente del ductus, tales como Tetralogía de Fallot, atresia pulmonar con o sin CIV, atresia tricúspide con estenosis pulmonar, ventrículo único con estenosis pulmonar, entre otros los cuales benefician a los pacientes que presentan cianosis, disnea o escaso desarrollo, por ello se debe brindar cuidados de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardioquirúrgicos de calidad con eficiencia y eficacia para poder manejar al paciente post operado, “tomándose en cuenta cinco aspectos que incluyen, los efectos fisiológicos derivados de la circulación extracorpórea, monitoreo hemodinámico en pediatría, preparación de unidad de cuidados intensivos, el proceso de admisión y la priorización de los cuidados de enfermería” (Sánchez, Gutiérrez y Martínez, 2007), además enfermería debe tener conocimientos actualizados y tener en cuenta ciertas indicaciones para el adecuado funcionamiento de las fistulas tales como mantener un flujo adecuado en la fístula

con una hidratación adecuada, manteniendo una buena tensión arterial y si es necesario administración de Inotrópicos, garantizar el flujo, vigilar las SatO₂ trascutáneas, deben mantenerse entre 75% y 85%, eliminar las burbujas de aire de los sistemas de infusión endovenosas, entre otras.

Es por ello, que “el personal de enfermería debe tener el conocimiento suficiente, para comprender la anatomía y fisiología de los defectos congénitos, así como de su técnica quirúrgica y de los avances en relación a los procesos en torno a la cirugía como son la hipotermia, circulación extracorpórea, manejo del paciente crítico” (Sánchez, Gutiérrez y Martínez, 2007), todo ello es imprescindible para poder brindar cuidados de calidad, eficientes y oportunos, la enfermera debe ser capaz de detectar complicaciones reales y adelantarse a aquellas complicaciones de riesgo, como disfunciones ventriculares, sobrecarga hídrica, alteraciones del equilibrio ácido base, sangrado, alteraciones del ritmo y/o conducción, alteraciones pulmonares, como atelectasias, neumotórax, hemotorax e hipertensión pulmonar.

En el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja en el servicio de UCI Cardiovascular, se manejan pacientes de alta complejidad post operados inmediatos, es por ello que el personal de enfermería tiene que estar con conocimientos actualizados en cuanto al manejo de los pacientes a su cargo, para así evitar complicaciones que pueden conllevar a la muerte a los pacientes, como cierre de fistulas por falta de volumen, arritmias letales, sangrado, entre otros.

Es por ello que se observó que muchas de las enfermeras en la preparación y recepción del paciente post operado inmediato de fistula Blalock Taussing, desconoce y además no saben diferenciar la patología de hipoflujo y hiperflujo pulmonar , lo cual conlleva a un manejo inadecuado y por tanto existe complicaciones como ICC, insuficiencia cardiaca

congestiva , posteriormente cierre de la fistula Blalock Taussing consecuentemente, llegando a un shock cardiogénico y así poniendo en riesgo la vida del paciente. Por lo tanto, las características de las enfermeras están en relación a los conocimientos y las prácticas en la preparación de la unidad para la recepción del paciente, es primordial.

Formulación del problema.

Es por ello por lo que se planteó el siguiente problema de investigación:

Problema general.

¿Cuál es la relación entre el conocimiento y la práctica en el manejo del post operado de Fístula Blalock Taussing por los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, 2017?

Problemas específicos.

¿Cuál es el nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería sobre la Fístula Blalock Taussing de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja?

¿Cuál es la práctica de los profesionales de enfermería en el manejo de los pacientes post operados de Fístula Blalock Taussing de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular antes, durante y después de la recepción?

Objetivos de la investigación

Objetivo general.

Determinar la relación entre el conocimiento y la práctica en el manejo del post operado de Fístula Blalock Taussing por los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.

Objetivos específicos.

Identificar el nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería sobre la Fístula Blalock Taussing de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.

Identificar la práctica de los profesionales de enfermería en el manejo de los pacientes post operados de Fístula Blalock Taussing de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular antes, durante y después de la recepción.

Justificación

El presente trabajo de investigación se justifica por las siguientes razones:

Justificación teórica.

El presente trabajo de investigación constituye un gran aporte teórico porque permitirá determinar la relación entre el conocimiento y la practica en el manejo del post operado de Fístula Blalock Taussing por los profesionales de enfermería de la UCI Cardiovascular del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, considerando que no se cuenta con estudios relacionados al tema, se convierte como un referente para próximas investigaciones.

Además, se construirá un marco teórico sólido referente a las variables de estudio para fortalecer el conocimiento en el área de enfermería aplicado a la realidad institucional donde se aplicará el estudio.

Justificación metodológica.

Asimismo, para recolectar la información sobre los conocimientos del profesional de enfermería sobre la Fístula Blalock Taussing utilizándose la técnica de cuestionario y para medir la practica en el manejo del paciente post operado se aplicara una lista de cotejo, ambos instrumentos serán sometidos a jueces de expertos conformado por enfermeras especialistas en

el tema y médicos intensivistas pediátricos y cirujanos cardiovasculares; luego se procesara la información en la Tabla de Concordancia y Prueba Binomial.

Justificación práctica y social.

El trabajo de investigación tiene relevancia práctica y social porque fortalecerá el área de desempeño que realiza el profesional de enfermería, ya que con los conocimientos sobre la Fístula Blalock Taussing y prácticas necesarias brindará un mejor cuidado al paciente post operado de cirugía cardiaca y evitar el riesgo de muerte inminente.

Todo ello aplicado a la realidad del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, donde no se cuenta con reportes de haber realizado dicho estudio. Los resultados se convertirán en un referente para fortalecer a futuros programas de capacitación dirigidos a los profesionales de enfermería de la UCI Cardiovascular.

Presuposición filosófica

En la Santa Biblia, Proverbios (1960).Nos afirma “Porque el Señor da la sabiduría; conocimiento y ciencia brotan de sus labios. Más vale adquirir sabiduría que oro; más vale adquirir inteligencia que plata.”(p.507). Esto nos dice que nuestro señor nos la inteligencia desde que nacemos y por ende el conocimiento, que son adquiridos mediante la formación académica, siendo un profesionales de la salud, nuestra labor como enfermeros no solo es llevar los conocimientos a la práctica sino que estos estén ligados con el cuidar de manera holística y humana cada niño que tengamos en nuestras manos es una vida la cual debemos respetarla.

También encontramos en la Santa Biblia que Santiago (1960).Expresa relevancia sobre “Si a alguno de ustedes le falta sabiduría, pídasela a Dios, y él se la dará, pues Dios da a todos generosamente sin menospreciar a nadie”.(p. 942).Nuestra vida presente está básicamente a la

suma de todas las decisiones que hacemos cada día y siempre hay algo que aprender y ser aplicados en bien a nuestros prójimos.

Si tu conocimiento adquirido no es puesto en práctica para el cuidado necesario a nuestro prójimo como es el caso de los niños que son atendidos por nosotras no recibiremos la misma gratitud de DIOS nuestro señor como Argumente Deuteronomio (Santa Biblia,1960).

“Si no cuidas de poner en práctica todas las palabras de esta ley que están escritas en este libro, temiendo este nombre glorioso y temible, el SEÑOR tu Dios, Y traerá de nuevo sobre ti todas las enfermedades de Egipto de las cuales tenías temor, y no te dejarán”.

Capítulo II

Desarrollo de las perspectivas teóricas

Antecedentes de la investigación

Horta (2014) en Colombia, realizó un trabajo de investigación titulado “Guía De Práctica Clínica Para El Paciente Pediátrico En Postoperatorio De Cirugía Cardíaca” En este estudio se propone la elaboración de una guía de práctica clínica basada en la evidencia científica, que provea información confiable sobre las intervenciones de enfermería fundamentales para el cuidado de estos pacientes en etapa postoperatoria inmediata. Para la elaboración de esta guía se identificaron 24 temas de interés y se formularon 45 preguntas PICO. Se realizó una búsqueda de literatura en 22 bases de datos con palabras claves en inglés y español. Se encontraron 150 documentos relacionados con el tema, se aplicó lectura crítica a 49 estudios relacionados con el cuidado directo, y se logró responder a 24 preguntas PICO con 58 recomendaciones. Gran parte de la evidencia corresponde al nivel 2+ según la clasificación SIGN, y la mayoría de las recomendaciones son de Grado C. Cabe resaltar que se encontraron 9 revisiones sistemáticas que permitieron formular recomendaciones Grado A y B, así como 3 estudios cualitativos publicados por enfermeras colombianas, brasileras y estadounidenses.

También (Cahua, 2013), en el Perú, realizó un estudio de investigación titulado “Conocimientos y Prácticas de la Enfermera sobre la Aspiración de Secreciones en Pacientes Intubados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos Hospital María Auxiliadora-2013”, los objetivos fueron: determinar los conocimientos de la Enfermera sobre la Aspiración de Secreciones en pacientes intubados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos. Hospital María Auxiliadora-2013 y determinar las prácticas de la Enfermera sobre la Aspiración de Secreciones en pacientes intubados en la Unidad de

Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos Hospital María Auxiliadora-2013. Estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo exploratorio de corte transversal. La técnica que se utilizó fue la encuesta y la observación. El instrumento fue el cuestionario y la lista de chequeo. La población estuvo conformada por 20 enfermeras de la Unidad de cuidados intensivos neonatales y pediátricos. Los resultados fueron respecto a los conocimientos de la enfermera sobre la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la unidad de cuidados intensivos neonatales y pediátricos; del 100%(20), 50%(10) conoce y 50%(10) no conoce. Las prácticas de la enfermera sobre la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos, del 100% (20), 50%(10) tienen adecuados y 50%(10) inadecuados. Entre las conclusiones que llegaron tenemos que: “Los conocimientos de la enfermera sobre la aspiración de secreciones en pacientes intubados un porcentaje equitativo conoce las barreras de protección que se utiliza en la aspiración de secreciones, lo primero que se debe realizar antes de aspirar secreciones, lo que debe realizarse cuando hay aspiración en pacientes intubados, y lo que debe realizarse después de la aspiración de secreciones por TET; seguido de un porcentaje equitativo que no conoce los signos y síntomas que indica la aspiración de secreciones, los principios de aspiración de secreciones, lo primero que se evalúa en un paciente antes de proceder con la aspiración de secreciones y el objetivo principal de la aspiración de secreciones y respecto a las prácticas de la enfermera sobre la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos, un porcentaje equitativo tienen prácticas adecuadas ya que se lavan las manos, se coloca los guantes estériles y mascarilla, y expone la vía aérea artificial del paciente, de igual modo un porcentaje similar equitativo es inadecuado

porque no ausculta al paciente antes de la aspiración, la duración por aspiración es mayor de 10 segundos y o ausculta los campos pulmonares después de la aspiración”.

En Tarapoto, en Perú, Lopez & Lopez,(2012), realizaron un estudio titulado “Nivel de conocimientos y prácticas de medidas de bioseguridad en internos de enfermería del Hospital MINSA II-2 Tarapoto. Junio - Agosto 2012. Investigación descriptiva simple de corte transversal, con enfoque cuantitativo, la investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento y las prácticas en medidas de bioseguridad de los internos de enfermería del Hospital MINSA II-2 Tarapoto Junio - Agosto 2012. La muestra estuvo representada por 21 internos de enfermería del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, que cumplieron con los criterios de inclusión. Para la recolección de la información se utilizó como método la encuesta y dos instrumentos: el cuestionario que fue estructurado para determinar el nivel de conocimiento sobre medidas de bioseguridad en los internos de enfermería del Hospital MINSA II-2 Tarapoto y la lista de verificación para determinar el nivel de prácticas en medidas de bioseguridad en los mismos. Los datos obtenidos fueron sistematizados usando el paquete estadístico Microsoft Excell 2007 y SPSS VERSIÓN 17.0, los hallazgos encontrados fueron: el 48% de los internos de enfermería tuvieron entre 23 a 24 años de edad, el 86% tuvo regular nivel de conocimiento general en medidas de bioseguridad, el 10% bueno y el 5% nivel de conocimiento malo. En cuanto al nivel de prácticas en general de medidas de bioseguridad de los internos de enfermería el 57% realizó práctica regular, los 38% buenas prácticas generales y 5% malas prácticas en medidas de bioseguridad, en base a ello creemos que es necesario la utilización de Profilaxis Pos-exposición en los internos de enfermería en vista que, es dramática la situación que presentan los estudiantes en cuanto a la protección frente a riesgos biológicos, puesto que no existe cobertura social para los mismos, además prolifera el

desconocimiento y falta de interés; este suceso merece la sensibilización y promoción de la cultura del auto cuidado.

Por otro lado, Miranda, Rojas y García,(2012), en el Callao, realizaron un estudio titulado: “Relación entre el conocimiento y la aplicación de la guía de curación de catéter venoso central en profesionales de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional GuillermoAlmenara Irigoyen- 2012”. Cuyo objetivo fue determinar la relación entre el conocimiento y aplicación de la guía de curación de catéter venoso central del Profesional de Enfermería en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Tipo de Investigación cuantitativo- descriptivo- transversal. Se tomó dos encuestas, la primera sobre: Conocimiento sobre la guía de curación de catéter venoso central y 72 horas después aplicación de la guía de curación de catéter central. La muestra tomada para el estudio fue de 30 enfermeras, que laboran en esta Unidad entre los meses de Noviembre 2011 a Febrero de 2012.La investigación determino que promedio de variables independientes 78.33%, de las enfermeras que conocen teóricamente los procedimientos y el 80.3% lo aplica correctamente, por lo tanto, se demuestra que existe una alta relación entre las variables “conocimiento” y “aplicación de la guía de curación del catéter venosos central. Se concluye que mayor conocimiento, mejor es la aplicación de la guía de curación de catéter venoso central, en los profesionales de enfermería, en la unidad de cuidados intensivos, en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Se recomienda una capacitación al 20% de profesionales de enfermería, que no manifiesta, los conceptos teóricos, ni su aplicación; aumentando el riesgo de su aplicación, por la utilización de métodos invasivos, como el uso de catéteres venosos centrales.

También se han desarrollado estudios como el de Huaman y Romero(2014), en Trujillo, donde realizaron un trabajo de investigación titulado “Nivel de conocimiento y práctica de medidas de bioseguridad en las enfermeras de los servicios de medicina del hospital belén de Trujillo 2014. Tipo descriptiva - correlacional, de corte transversal, se realizó durante los meses de Octubre 2013 y Febrero 2014, teniendo como propósito determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la práctica de medidas de bioseguridad en las enfermeras de los servicios de Medicina del Hospital Belén de Trujillo. El universo muestral estuvo constituido por 25 enfermeras que cumplieron con los criterios establecidos. Los datos fueron recogidos a través de dos instrumentos, una encuesta para medir el Nivel de Conocimiento sobre normas de bioseguridad elaborado por Rubiños, Shirley; y además una lista de cotejo elaborada por Chávez, Rocío para valorar la práctica de medidas de bioseguridad. Para el análisis se utilizó la prueba estadística de chi-cuadrado, obteniéndose los siguientes resultados: El 56% de enfermeras obtuvieron nivel de conocimientos medio, el 44% nivel alto y no se encontró nivel bajo de conocimiento. El 72% de las enfermeras realizaron buenas prácticas de medidas de bioseguridad y el 28% malas prácticas de medidas de bioseguridad. Encontrándose una relación de significancia entre ambas variables de ($p=0.006$).

Así mismo, en Asturias Cueto (2013), realizo un estudio titulado: “Conocimiento del personal de enfermería de un hospital Materno-Infantil sobre técnicas de Reanimación Cardiopulmonar”. Objetivo valorar el grado de conocimientos sobre la Reanimación Cardiopulmonar tanto en adultos como en pacientes pediátricos en enfermeros de las unidades de un hospital Materno-Infantil. Tipo de estudio descriptivo transversal. La población estuvo conformada por 84 enfermeros. Se encontró en cuanto a los conocimientos que un

71.6% (n=60) de los enfermeros obtuvieron una puntuación menor de 5 puntos, por lo que su calificación en conocimientos sobre técnicas de RCP se calificó como insatisfactorio, obteniendo una nota media de 4.20., sobre 10.

En Ecuador Cando, Calle y Morales(2014), realizaron un estudio titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre las normas de bioseguridad en el manejo y administración de sangre y hemoderivados por el personal de enfermería en el departamento de pediatría del Hospital “Vicente Corral Moscoso Cuenca, 2014”, con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre las normas de bioseguridad en el manejo y administración de sangre y hemoderivados por el personal de enfermería en el departamento de Pediatría del Hospital “Vicente Corral Moscoso”. Cuenca, 2014.

Investigación cuantitativa, estudio observacional descriptivo y transversal. El universo está constituido por 86 personas, entre licenciadas, internas y auxiliares de enfermería, de los servicios de cirugía pediátrica, clínica pediátrica y emergencia pediátrica, de ellas, no participaron 6 en la investigación. Entre los resultados se encontró que en la comparación con los conocimientos con la práctica diaria; en el uso de mascarilla, protección ocular y bata obtenemos un 21,21% de licenciadas, un 11,76% de internas y un 16,67% de auxiliares que conocen. En el uso de guantes estériles el 21,21% de licenciadas, el 17,65% de internas y el 13,33% de auxiliares lo conocen. Sin embargo, en la observación directa el 100% del personal no lo usan y solo un 3,70% de licenciadas usan guantes estériles. En la técnica adecuada del lavado de manos un 69,70% de licenciadas, 70,59% de internas y 80% de auxiliares conocen. En cambio, en la práctica, se observa que el 37,04% de licenciadas, 58,33% de internas y 40% de auxiliares lo realizan. En el procedimiento para transfundir hemoderivados existe porcentajes muy altos tanto en el conocimiento como en la práctica con más del 90% del

personal, brindando un cuidado seguro al paciente que lo recibe. La conclusión fue que en el procedimiento para la transfusión de hemoderivados la mayoría del personal se encuentra capacitado, sin embargo, en las medidas de protección personal existe déficit de conocimientos lo que se refleja en práctica exponiéndose a riesgos de contaminación.

Por otro lado en Guatemala Gómez, (2011), mencionó en su trabajo de investigación que los "Conocimientos y prácticas del personal de enfermería acerca de los cuidados de catéter venoso central en pacientes del servicio de medicina de mujeres 1 y 2 del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)". Con la finalidad de detectar y describir dichos conocimientos y prácticas. Esta investigación contó con la participación de 30 personas (5 enfermeros y 25 auxiliares de enfermería) que conforman el personal de enfermería del servicio de medicina de mujeres 1 y 2, quienes a diario brindan atención a pacientes dentro de las distintas especialidades de medicina interna, tales especialidades (hematología, oncología, nefrología, cardiología, entre otras) muchas veces hacen necesaria la colocación de un catéter venoso central de acuerdo al manejo que se le da a las patologías que se presentan dentro de ellas. Se realizó antes del trabajo de campo un Estudio Piloto con personal de Enfermería del Servicio de Medicina de Mujeres del Hospital Roosevelt, por poseer características similares a las del personal que constituye la unidad de análisis de la investigación, Las conclusiones más relevantes a las que se llegó son: el 100% del personal de enfermería encuestado desconoce que es un catéter venoso central, lo que constituye una limitante para brindar un cuidado seguro, el 7% de los encuestados no posee el conocimiento sobre las indicaciones por las que a un paciente se le coloca un catéter venoso central.

Definición conceptual

Conocimiento de los profesionales de enfermería sobre la Fístula Blalock Tausing.

Es toda aquella información que refieren poseer las enfermeras sobre la Fístula Blalock Tausing. El cual será obtenido a través de un cuestionario de 20 preguntas y será valorado en nivel alto, medio y bajo, donde se procedió a codificar las respuestas correctas con el valor de uno (1) y las respuestas incorrectas con el valor cero (0). El conocimiento es el acto consciente e intencional para aprehender las cualidades del objeto y primariamente es referido al sujeto, el Quién conoce, pero lo es también a la cosa que es su objeto, el Qué se conoce.(Ramírez, 2009).

Práctica del manejo pos operatorio del paciente.

Una práctica es científica cuando sus actuaciones se basan en teorías que han sido desarrolladas científicamente, y se aplican mediante un método sistemático para resolver los problemas de su área de competencia. La Enfermería como ciencia humana práctica, es un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico. Cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria, a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos.(Agustín y León 2006).

Fístula Blalock Tausing.

Es un procedimiento quirúrgico con el fin de paliar la cianosis producida por algún defecto cardíaco en el recién nacido. En la cirugía moderna, este procedimiento es usado temporalmente para aumentar el flujo sanguíneo hacia los pulmones, disminuyendo la cianosis mientras el infante espera por una cirugía correctiva definitiva. Una rama de la arteria

subclavia o de la arteria carotídea es separada y conectada directamente a la arteria pulmonar. De esta forma, los pulmones reciben una mayor cantidad de sangre desoxigenada. La primera patología donde se realizó este tipo de cirugía fue la tetralogía de Fallot.

Bases teóricas

Generalidades del Conocimiento

Definición

El conocimiento para Villoro, (1982), “se adquiere mediante aprehensiones inmediatas; para conocer algo o a alguien, de algún modo, hemos de haberlo visto u oído o sentido. Pero no se reduce a ellas. No se refiere, desde luego, a los datos sensoriales mismos, sino a objetos o a personas que pueden presentarse en muchas imágenes perceptivas”, es decir es un conjunto de información almacenada ya sea de una experiencia captada por una persona que lo interioriza racional o irracionalmente. “Para el filósofo griego Platón, el conocimiento es aquello necesariamente verdadero (episteme). En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente. El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto” (Pérez, 2008).

(Villoro, 1982) sostiene que “el conocer se caracteriza como una presencia del objeto frente al objeto: el sujeto se posesiona en cierta forma del objeto, lo capta y lo hace suyo, reproduciéndolo de tal manera que responda lo más fielmente posible a la realidad misma del objeto”. Se puede decir que el conocer es un hecho espontáneo, propiamente del sujeto mediante un proceso mental.

Los conocimientos del profesional de enfermería son el resultado de un proceso constructivo, en el cual se adquiere información procedente del medio, que interactúa con la que ya posee, estos conocimientos previos se incorporan con los nuevos conocimientos, y todo esto permite realizar sus actividades diarias.

Características del conocimiento

Para (Andreu, R.; Sieber, 2000), lo fundamental son básicamente tres características:

El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia (es decir, se adquiere con la experiencia de su día a día como en el caso de la enfermera, siempre se aprende algo nuevo de cada turno) y lo incorporan a su acervo personal estando “convencidas” de su significado e implicaciones.

Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento “se consuma” como ocurre con otros bienes físicos, permite “entender” los fenómenos que las personas perciben, y también “evaluarlos”, en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos en cada momento.

Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos.

Elementos del conocimiento

Para Luque (1993), existe dos elementos principales del conocimiento: el sujeto y el objeto.

Sujeto: El sujeto es el conocedor del exterior, el sujeto lógico conoce y actúa sobre las cosas. El sujeto tiene consciencia cuando se conoce.

Objeto: Es aquello que es conocido, lo define como una aproximación al mundo exterior, las cosas, los entes circundantes. El objeto del conocimiento es la imagen, el fenómeno, la estructura de información que posee el sujeto con relación a las cosas.

Tipos de conocimiento

Para Díaz (2010), existen los siguientes tipos de conocimiento:

Conocimiento de sentido común: es la adquisición de conocimientos confiables acerca de muchos aspectos de la realidad, esto comenzó desde nuestros inicios, se obtiene básicamente por la práctica que el hombre realiza diariamente para poder relacionarse con el mundo exterior, lo cual ha permitido a la humanidad acumular valiosas y variadas experiencias a lo largo de su historia.

Conocimiento Científico: es el conocimiento propio de la ciencia es riguroso, pero limitado. Se caracteriza por ser descriptivo, explicativo y predictivo, critico-analítico, metódico y sistemático, controlable, unificado, lógicamente consistente, comunicable por medio del lenguaje preciso, objetivo y provisorio.

Fistula Blalock Taussing Modificada

Definición

En el servicio de UCI Cardiovascular del Instituto de Salud del Niño san Borja, se realizan cirugías tanto paliativas como correctivas esto permite brindar al niño una mejor calidad de vida, por lo tanto la cirugías paliativas permiten entrenar al corazón para su siguiente intervención quirúrgica para la realización de su corrección final todo esto va depender de la patología que esté presente como es el caso de la Fístula Blalock-Taussing que conecta una rama de la aorta, normalmente la arteria subclavia, a la arteria pulmonar, ya sea directamente o utilizando un tubo plástico para aumentar el flujo sanguíneo pulmonar.

La derivación sistémico-pulmonar de Blalock Taussing dirige el flujo de sangre desde la arteria subclavia hacia los pulmones a través de una rama de la arteria pulmonar. Garantiza

una saturación de la hemoglobina y oxigenación hística aceptables que permiten la supervivencia y desarrollo mínimo indispensable aun en los recién nacidos con hipoxemia crítica que no son candidatos para la reconstrucción completa o cirugía correctiva de inicio por diversas causas. Produce menos daño vascular pulmonar (Hernández, 2000).

También Muñoz, Ramírez, Samuel y Kuri (2010) manifiestan que:

La fístula sistémica pulmonar por medio de injerto de PTFEE (Blalock-Taussing modificada). Unifocalización del flujo pulmonar que consiste en la reparación de la arborización pulmonar inapropiada por la presencia de colaterales aorto pulmonares que irrigan diferentes segmentos pulmonares. Por lo tanto, esta técnica tiene la ventaja de dar un flujo pulmonar completo, adecuado y uniforme a todos los segmentos pulmonares por medio de ligadura de las colaterales desde su origen en la aorta, para luego conectarlas a las ramas de la arteria pulmonar cuando éstas se encuentran presentes o a un injerto de PTFEE o de pericardio bovino para establecer una sola fuente de aporte sanguíneo.

Los pacientes con un hiperflujo pulmonar debido a un cortocircuito izquierda –derecha pueden estar asintomáticos o presentar taquipnea y distrés respiratorio, por lo cual aquellos pacientes presentan cardiomegalia insuficiencia cardiaca congestiva por lo cual si inicia tratamiento descongestivo y digitálicos con la digoxina.

Los pacientes post quirúrgicos de fistula blalock taussing ,también presentan taquicardia y sudoración debido al aumento de catecolaminas circulantes, y poca ganancia ponderal debido a la dificultad respiratoria combinada con insuficiente ingesta, asociada al aumento del consumo calórico y demandas de oxígeno del miocardio.

En los pacientes con insuficiencia cardíaca también se puede emplear la digoxina. En esta situación aguda sería recomendable lograr mantener una frecuencia media de entre 80 y

100 lat./min. También se puede emplear amiodarona en algunos pacientes, sobre todo en los que tienen una mala función ventricular o en los que esta no es conocida (Bosch y otros 2012).

El objetivo del tratamiento paliativo es aumentar el flujo sanguíneo pulmonar y por ende la saturación periférica, permitiendo el crecimiento de la arteria pulmonar y del niño, hasta llevarlo a la corrección total. El procedimiento es la fístula sistémico pulmonar modificada tipo Blalock–Taussing, utilizando un injerto de Gore-Tex entre la subclavia y la arteria pulmonar. Sus ventajas son las siguientes:

Preservación de la subclavia.

Idoneidad para su realización por ambos lados

Tasa de permeabilidad excelente

Menor incidencia de iatrogenia arterial pulmonar y sistémica

Facilidad de cierre en el momento de la corrección quirúrgica Mortalidad menor 1%

Complicaciones

Dentro de las complicaciones en una fistula lo más importante se considera según protocolo es la Insuficiencia Cardíaca Congestiva si no se sabe manejar se pone en riesgo al paciente ahora también pueden presentarse complicaciones que son asociadas a las cirugías.

Si la fistula no es funcional se presentan desaturación, valores de AGA y electrolitos alterados y lactato aumentado como lo dice (Aguilar,P. Lazo,C. Rodriguez,L. Marquez,H. Giménez, 2014) Señalan "Los niveles elevados de lactato se relacionan con mortalidad en los pacientes con cardiopatías congénitas que requieren anastomosis quirúrgica entre la circulación sistémica y la pulmonar. El tamaño del injerto vascular de politetrafluoroetileno se relaciona con el éxito de la derivación; el diámetro se determina según las características de la cardiopatía. La cardiopatía que más se relacionó con la muerte fue la atresia pulmonar con

septo íntegro. El pH, la saturación de oxígeno y el tamaño del injerto vascular no fueron predictores significativos de mortalidad en nuestra cohorte de seguimiento. El nivel de lactato sérico > 3 mmol/L fue estadísticamente significativo como predictor de muerte en los pacientes en quienes se realizó anastomosis quirúrgica entre la circulación sistémica y la pulmonar”.

Manejo post operatorio

Según (Benzadón, 2012) argumenta que el posoperatorio de la cirugía cardíaca es un escenario donde convergen cirujanos cardiovasculares, anestesiólogos y terapeutas. Aunque la pertinencia de todas estas especialidades médicas en nuestro medio es indudable, los “recuperadores” son en su mayoría cardiólogos clínicos. Esta orientación está en íntima relación con la formación clínica primaria del cardiólogo en la unidad coronaria, donde desarrolla una competencia que lo habilita a ejercer las maniobras adecuadas para resolver las complicaciones más frecuentes que se presentan en este escenario.

En el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja el servicio de la UCI Cardiovascular el manejo post operatorio se da de acuerdo a la patología y la técnica quirúrgica que se realice, en cuanto a los cuidados intensivos será manejada por dos enfermeras, una auxiliar y un médico. Todo paciente pediátrico procedente de quirófano llegará acompañado del anestesista, una enfermera de quirófano.

Generalidades de Practicas

Definición

Según el Diccionario de la Real Academia Española practicar significa:

Ejercitar, poner en práctica algo que se ha aprendido y especulado.

Usar o ejercer algo continuamente.

Realizar las prácticas que permiten a alguien habilitarse y poder ejercer públicamente su profesión.

Ejecutar, hacer, llevar a cabo. Practicar diligencias. Practicar una operación quirúrgica.

Profesar, llevar a la práctica las normas y preceptos de una determinada religión.

Ensayar, entrenar, repetir algo varias veces para perfeccionarlo.

Prácticas de Enfermería

En el cuidado holístico y humanizado brindado al niño post operado de fistula , también se han hecho estudios como el de Baño, Dominguez, Fernandez y Gomez (2000), expresan "El cuidado de los niños con cardiopatía congénita ha sufrido una significativa evolución. En la mayoría de los defectos cardíacos congénitos el tratamiento quirúrgico es cada vez más precoz a causa de la mejora en la protección miocárdica, la aparición de nuevas técnicas quirúrgicas y el progreso en los cuidados pre y postoperatorio". Todo ello favorece a los niños, las nuevas técnicas quirúrgicas, el avance científico, los estudios de investigación, entre otros, también depende del manejo del paciente post cirugía cardiaca tal y como mencionan también (Baño et al.,2000). "En general, se puede decir que el postoperatorio de la cirugía de las cardiopatías congénitas depende de la fisiopatología de la propia cardiopatía de base, y del tipo de técnica quirúrgica que se haya empleado".

Los primeros cuidados que realizará enfermería según la guía de procedimientos de la UCI Cardiovascular son:

Antes de la recepción

Realiza el lavado de manos clínico

Preparación de la unidad:

Preparación de la cama quirúrgica

Ventilador mecánico armado y programado en coordinación con el médico.

Preparación del monitor.

Abastecimiento con insumos la unidad

Preparación de drogas RCP

Preparación de endovenoso según indicación.

Preparación de sedo analgesia según indicación

Preparación para toma de muestras. AGA equipo de intubación, equipo ventilatorio.

Durante la recepción

La enfermera anota los datos de monitoreo inicial del paciente y la hora de ingreso y recibe el reporte de incidencias en el transoperatorio.

Al ingreso del paciente a la uci cardiovascular la enfermera procede a lavarse las manos

La enfermera se calza los guantes según guía de procedimiento.

La enfermera conjuntamente con el médico intensivista verifica si el paciente expande el tórax y conecta al ventilador mecánico.

En caso el paciente llegue extubado de SOP, se administra oxígeno a través de nebulización con mascarilla, cabezal o cánula binasal según el caso.

La enfermera conecta al paciente al monitor: el cable de EKG Presión arterial invasiva, PVC, sensor de saturación y otros.

Valoración de enfermería: ventilatorio, hemodinámica, examen físico.

Verifica el aporte no discontinuado de las infusiones de inotrópicos y vasodilatadores.

Coordina con el médico para la continuidad o cambio del mismo.

Extrae la muestra de sangre de la línea arterial para gases y exámenes complementarios de rutina según guía de procedimiento.

Según la evaluación neurológica del paciente la enfermera administra sedoanalgesia indicada.

La enfermera verifica si la SNG está en cavidad gástrica, el adecuado sistema de drenaje, observa las características del residuo gástrico y cantidad.

La enfermera observa los drenajes, tipo de drenaje (pericárdico, mediastinal o pleural), la presión de succión del sistema de drenaje, el tipo de secreción de drenaje (hemático, serohemático, serosos, quiloso) cantidad y el ordeñamiento respectivo.

Verifica el sistema adecuado de orina, características de la orina (Hematuria, Hemoglobinuria, colúrica, sedimentosa) y volumen.

La enfermera verifica el funcionamiento de las vías periféricas y cambiara las extensiones si se requiere.

Después de la recepción

Llena la hoja de check list de post operatorio

Registra y observa hemodinámica del paciente, gasto cardiaco a horario, parámetros del VM, inotrópicos, y diuresis.

Calcula el balance hidroelectrolítico cada 6 horas

Realiza las anotaciones de enfermería

Administra antibióticos profilácticos según indicaciones médicas.

Procede a ordenar la historia clínica

Administración de hemoderivados o expansores de volumen, si es necesario la titulación de inotrópicos, y ordeñamiento del dren pleural.

Procede a leer la historia clínica antecedentes del niño.

Tiene buena comunicación con los padres de niño cuando ingresa al servicio a ver a su hijo.

Educar a los padres sobre horario de visita y normas del servicio, se coordina con médico para informe

Se controla electrolíticos dentro del rango sino se repone, Radiografía de tórax

La reflexión y la revisión de las publicaciones nos llevan a afirmar que todavía hay enfermeras que tienen dificultad para identificar su función principal con los cuidados enfermeros, a pesar de estar bien definida en los modelos de cuidados y en innumerables publicaciones. En el trabajo realizado por Avilés y Soto, (2014) Manifiestan que "Implementar un modelo de enfermería en las unidades de paciente crítico para la práctica clínica diaria, si bien parece una utopía, puede ser una realidad, si las enfermeras se proponen incorporar conocimiento disciplinar a su práctica", además señalan que "El conocimiento de la práctica avanzada debe ser un paso inicial para generar el cambio y hacer conciencia de que un cuidado profesional y de calidad implica necesariamente la utilización de teorías y modelos de enfermería".

Esta idea sería de mucha ayuda, sin embargo, hay múltiples patologías y por ende diferentes cuidados de enfermería, esto resultaría si enfermería se basara en la experiencia y en la evidencia científica. Alvarez, Olivera y Molina (2009) manifiestan que la práctica basada en evidencia, a través de experiencias ya efectuadas y el compartir con enfermeras que ya han implementado el modelo deseado, es otra estrategia que seguir, especialmente para ver aspectos relacionados con la aplicación práctica.

La relación que se establecen entre los conocimientos de la Fístula Blalock Taussing y la práctica de las enfermeras en el manejo puede explicar la tendencia que existe para no compartir un marco teórico de referencia que guíe la práctica colectiva, en aras a considerar que los conocimientos pueden suplirse por los cuidados. El interés de las enfermeras por definir su papel y, por tanto, su imagen se pone de manifiesto en diferentes publicaciones, aunque generalmente se centran más en describir las actitudes y la práctica que en analizar las competencias, entendidas como los conocimientos que dotan de contenido a los métodos para las acciones de la práctica.

Rol de la enfermera y Teorías de Enfermería

Teoría de Enfermería de Patricia Benner

Existen numerosas teorías de enfermería, pero para el presente trabajo nos basaremos en la teorista Patricia Benner y en su conocida obra sobre la adquisición de habilidades en enfermería, adaptadas del Modelo Dreyfus, la cual nos ayuda a comprender la práctica profesional, la cual nos refiere la existencia de cinco grados de competencias que debe tener la enfermera: “principiante, principiante avanzada, competente, eficiente y experta. Es en este quinto estadio la enfermera experta, conoce al paciente, es capaz de identificar sus problemas sin malgastar tiempo y de actuar partiendo del conocimiento profundo de la situación global” (Arreciado, Estorach y Ferrer, 2012).

Para la enfermera experta conocer las necesidades reales de la persona es un aspecto fundamental, incluso si esto implica un cambio en la práctica.

En la práctica del día a día del profesional de enfermería experto en cuidados de pacientes críticos, Benner identifica nueve dominios (situaciones importantes alrededor de las cuales se organizan objetivos). En cada uno de estos dominios se destacan seis aspectos del

juicio clínico y del comportamiento de la enfermera experta: a) pensamiento en acción y razonamiento en transición; b) conocimientos técnicos expertos; c) práctica basada en la respuesta; d) representación-mediación; e) agudeza perceptiva y habilidad de implicación, y f) enlace clínico y ético.(Arreciado, Estorach y Ferrer, 2012).

Benner ha estudiado la práctica de la enfermería clínica para descubrir y describir el conocimiento que sustentaba la práctica enfermera. Mantiene que el conocimiento aumenta con el tiempo en una disciplina práctica y que se desarrolla a través del diálogo en relación y contextos situacionales, esto es muy cierto, cuando una enfermera egresa y por primera vez trabaja, ya sea en una clínica u hospital la práctica lo manejan por las practicas pre profesionales y a veces la teoría no, y va aprendiendo nuevos términos o patologías antes vistas pero no aprendidas, busca el conocimiento, investigando, enriqueciéndose más acerca de lo que desea reforzar. Una de las primeras distinciones teóricas que Benner ha establecido es la diferencia entre la práctica y el conocimiento teórico. Benner ha afirmado que el desarrollo del conocimiento en una disciplina práctica “consiste en ampliar el conocimiento práctico (el saber práctico) mediante investigaciones científicas basadas en la teoría y mediante la exploración del conocimiento práctico existente desarrollado por medio de la experiencia clínica en la práctica de esta disciplina”. Ella considera que las enfermeras no han documentados adecuadamente sus conocimientos clínicos y que “la falta de estudio de nuestras prácticas y de las observaciones clínicas hace que las teorías en enfermería carezcan de la singularidad y la riqueza del conocimiento de la práctica clínica experta” citado en (Carrillo, 2013). Benner ha contribuido en gran manera a la descripción del saber práctico de la enfermería.

Benner destaca la diferencia entre el “saber Práctico”, un conocimiento práctico que puede eludir formulaciones abstractas y precisas, y el saber teórico” o explicaciones teóricas. El saber teórico sirve para que un individuo asimile un conocimiento y establezca relaciones causales entre diferentes sucesos. El saber práctico consiste en la adquisición de una habilidad que puede desafiar al saber teórico, es decir, un individuo puede saber cómo se hace algo antes de descubrir su explicación teórica, esto se va descubriendo con el tiempo. Benner sostiene que el conocimiento práctico puede ampliarla teoría o puede desarrollarse antes. Las situaciones clínicas siempre son más variadas y complicadas de lo que la teoría muestra. Sucede lo mismo en las prácticas pre- profesionales donde se evidencia que hay alumnos que saben bien la teoría pero la práctica no. La enfermería debe desarrollar el conocimiento a partir de la práctica (saber práctico) y mediante la investigación y la observación científicas, debe empezar a registrar y desarrollar el saber práctico del trabajo clínico experto. Idealmente, la práctica y la teoría establecen un diálogo que abre nuevas posibilidades. La teoría proviene de la práctica y la práctica es modificada o ampliada por la teoría. (Carrillo, García, Díaz. y Yabrudy, 2013).

Patricia Benner refiere que la práctica puede iniciarse antes de adquirir el conocimiento, pero la verdad es que ambas van de la mano, si bien es cierto a veces la práctica se inicia antes, pero para poder brindar un cuidado de calidad es necesario saber la teoría y la práctica para así poder abordar posibles complicaciones que se puedan presentar en nuestro día a día.

Rol de la enfermera en la UCI Cardiovascular

El cuidado postoperatorio comienza durante la fase preoperatoria, cuando el equipo multidisciplinario contacta al paciente y familiares, explicándoles las características de la

cirugía, los riesgos de la misma y las condiciones físicas que se tendrán una vez terminada la cirugía. Se continúa en la sala de operaciones vigilando la evolución de la cirugía a través de videocámara y determinando las características con las que será equipada la Unidad de Cuidados Intensivos y finaliza en el postoperatorio inmediato y tardío, en donde se mantiene en condiciones óptimas para una convalecencia ideal hasta el egreso del servicio. En esta primera consideración se basan los cuidados de enfermería. El estado preoperatorio, la complejidad de la anomalía anatómica y la cirugía por sí mismas, son los factores más importantes que determinan el pronóstico del paciente, de ahí la importancia de contar con personal de enfermería con suficientes elementos teóricos y con habilidad clínica suficiente para satisfacer las necesidades del paciente.

Es ideal que exista una relación estrecha entre los equipos médico y quirúrgico, además se debe organizar un programa educacional activo para el personal de enfermería que se asigne a los servicios cardiológicos y de cirugía cardíaca pediátrica.

En general, se puede decir que el postoperatorio de la cirugía de las cardiopatías congénitas depende de la fisiopatología de la propia cardiopatía de base, y del tipo de técnica quirúrgica que se haya empleado. Es por ello que la valoración de enfermería es muy importante, para la búsqueda y detección de complicaciones en la hemodinamia del niño, también el objetivo de mantener equipada la Unidad de Cuidados Intensivos proporciona un cuidado de enfermería altamente especializado, monitorizar continuamente las variables fisiológicas y corregir las alteraciones tan rápidamente como sea posible, cuando se presenten. Para ello es indispensable disponer de personal especializado las 24 horas del día, con la relación de una enfermera por cada paciente. La exploración física del niño post operado debe estar integrada dentro de la monitorización del paciente. Merecerá especial atención la

exploración del sistema cardiorrespiratorio con evaluación frecuente de la perfusión periférica, coloración mucocutánea, gradiente térmico central-periférico, presencia de edemas, características de los movimientos respiratorios, auscultación cardiopulmonar y palpación abdominal. Asimismo, es muy importante una exploración neurológica rutinaria.

Las relaciones entre el equipo médico y de enfermería deben ser cordiales, de ayuda mutua, de respeto, con un sustento científico que garantice la seguridad, la calidad, la eficiencia y la individualización de la atención de los pacientes.

Es por ello que el Rol de la enfermera de la UCI Cardiovascular es:

Brindar cuidados de enfermería integrales altamente especializados en forma continua y oportuna al paciente neonatal, pediátrico y/o adolescente con problemas que requieren monitoreo permanente de todos los sistemas afectados, así como la realización de procedimientos invasivos y no invasivos que permitan mantener la estabilidad hemodinámica y asegurar la recuperación con calidad de vida, de acuerdo a guías de procedimientos y protocolos establecidos.

Realizar monitoreo y valoración del paciente pediátrico post operado inmediato según el modelo de atención y Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

Preparación psico emocional del paciente hospitalizado y familia.

Preparación y administración de medicamentos utilizando los 10 correctos.

Brindar educación sanitaria y medidas de bioseguridad a la familia del paciente.

Asegurar la Calidad de Atención aplicando los indicadores de calidad establecidos en la Institución.

Cumplir las funciones de Enfermería, según el área que corresponda.

Cumplir con las normas institucionales y del Área y/o Unidad.

Recepción del paciente post operado inmediato de Fístula Blalock Tausing en la UCI

Cardiovascular según protocolo de enfermería:

Preparación de la unidad:

Lavado de manos clínico.

Verificar la operatividad, instalación de los dispositivos: ventilador mecánico, bombas de infusión, y sistema de succión y de presión del aire.

Cama quirúrgica:

Monito de transporte, porta sueros, balón de oxígeno, mascara de ventilación a presión positiva (ambú) de acuerdo la edad del paciente, con conexión que va conectado al humidificador.

Vía aérea:

Preparación y armado del ventilador mecánico

Dispositivos de vía aérea: tubos endotraqueal, set de nebulizador, cánula binasal y sistema de pro nasal

Preparación del sistema de aspirado de secreciones con técnica abierta.: sonda de aspiración según edad del paciente y del diámetro del tubo endotraqueal, mascarillas mandilón guantes

Verificar el sistema de presión de aspirado de 80-100 mmhg

Monitorización y medición:

Hoja de monitoreo de enfermería:

Valoración neurológica: medición de pupilas. Sedación

Preparación del monitor con los datos del paciente

Hemodinamia del paciente: EKG, presión arterial invasiva, presión arterial no invasiva, saturación de oxígeno. PA No invasiva capnografo no invasiva y temperatura dentro de lo normal.

Drogas de RCP': adrenalina calcio bicarbonato, atropina, lidocaína, dextrosa 5% y cloruro 9%

Cubeta de medicamentos: inotropías sedación y electrolitos, antibióticos antieméticos.

Mesa de preparación:

Riñonera: dextrosa 5%, cloruro de sodio 9%, jeringa de midazolán, jeringa de morfina y fentanilo. Jeringa de potasio y calcio.

Indicaciones médicas.

Drenaje: sistema de succión de 20 mmhg, tubo no conductivo.

Exámenes de laboratorio: AGA perfil de coagulación, hematocrito, glucosa

Radiografía de paciente: radiografía de tórax.

Recepción:

Ventilación: según protocolo, no usar PEEP alta, mantener saturación de oxígeno ideal 75% 85%, con PO₂ 35-50.

Monitoreo hemodinámico: conectar a EKG (FC), saturómetro, presión arterial invasiva, evaluación clínica, palpación hepática, verificar aporte de infusiones mantener diuresis mayor de 1ml/kg/h.

Análisis al ingreso: AGA, electrolitos, hematocrito, hemocultivo, radiografía de tórax (evaluar el comportamiento flujo pulmonar). En niños menores de 6 meses además glucosa y calcio.

Medio interno: según protocolo de cirugía pediátrica con inicio de iniciar vía oral luego de extubarlo.

Antibioticoprofilaxis: cefazolina 60 – 100mg/kg/día cada 8 horas por dos días

Analgesia, según protocolo

Drenaje torácico: por lo menos 24 horas sin sangrado.

Drogas vasoactivas: dopamina 5 mcg /k/min

Digitalización profiláctica

Protector gástrico: ranitidina 1mg/kg/dosis cada 8 horas

Complicaciones:

Desaturación marcada por fistula NO FUNCIONANTE.

Espasmo infundibular.

Mala técnica quirúrgica.

Hipovolemia.

ICC precoz por goretex N°6

Capítulo III

Metodología

Descripción del lugar de ejecución

La investigación se llevará a cabo en el Instituto Nacional del Niño San Borja (INSN) ubicado en la Av. Agustín de la Rosa Toro N°1399 San Borja.

El INSN San Borja es un Centro especializado de alta complejidad, y es un órgano desconcentrado del MINSA, la atención empieza por consulta externa, los pacientes son referidos a nivel nacional para su tratamiento en las diferentes especialidades, tales como Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Cirugía neonatal compleja, Neurocirugía, Atención integral del paciente quemado y Trasplante de Médula ósea. El área de UCI Cardiovascular está ubicado en el (3^{er} piso); consta de 7 camas y en ella laboran 44 enfermeras. Asimismo, está distribuido por 4 ambientes: tres de ellos con cama doble y uno con una cama para paciente en aislamiento si hay sospecha de infección. Pero los cuatro ambientes son para pacientes post operados cardiacos.

Población y muestra

Población.

La población de estudio estará conformada por todos los profesionales de enfermería del servicio de la UCI Cardiovascular del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, siendo un total de 44 profesionales de enfermería.

Muestra.

No se realizará muestreo, debido a que se trabajará con toda la población. Las unidades de análisis serán seleccionadas de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión y exclusión*Criterios de inclusión:*

Personal profesional de enfermería que acepta participar en el estudio firmando el consentimiento informado.

Personal profesional de enfermería que labora en la unidad de cuidados intensivos cardiovasculares, con una experiencia mayor de 3 meses de diferente escala de contrato.

Criterios de exclusión:

Personal profesional de enfermería que asuma funciones administrativas (Jefa de servicio).

Personal que se encuentre de vacaciones, personal con licencia de enfermedad o por maternidad.

Personal profesional de enfermería que participe en la elaboración del proyecto de investigación.

Personal profesional de enfermería que no acepta participar en el estudio.

Tipo y diseño de investigación

El presente trabajo es de carácter cuantitativo ya que los datos obtenidos son susceptibles de ser cuantificados, es decir permitirán apreciar estadísticamente características humanas innatas. El diseño es no experimental transversal correlacional-causal. Es no experimental, porque no se manipulará la variable, es transversal, debido a que los datos se

recolectarán en un determinado periodo de tiempo, y es correlacional-causal porque se tratará de describir las relaciones entre las variables conocimientos y prácticas sobre la Fístula Blalock Taussing y su manejo en pacientes post operados.

Formulación de Hipótesis

Hi: Existe relación entre el conocimiento y la practica en el manejo del post operado de Fístula Blalock Taussing por los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular del Instituto Nacional de Salud Del Niño San Borja

Ho: No existe relación entre el conocimiento y la practica en el manejo del post operado de Fístula Blalock Taussing por los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular del Instituto Nacional de Salud Del Niño San Borja

Identificación de variables

En el presente estudio se identificaron las siguientes variables:

Conocimiento de la Fístula Blalock Taussing

Práctica en el manejo de los post operado de Fístula Blalock Taussing

Operacionalización de las variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Dimensiones	Indicadores	Sub Indicadores	Escala de Medición
Conocimiento de la Fístula Blalock Taussing	Es el nivel de comprensión de todo aquello que es percibido y aprendido por la mente humana. (Marriner, 2013).	Es toda aquella información que tienen los profesionales de enfermería sobre la recepción del post operado Inmediato de Fístula Blalock Taussing, preparación de la unidad, complicaciones más frecuentes, el cual será obtenido mediante un cuestionario, que consta de 20 preguntas con cinco alternativas de respuesta y será valorado en nivel:	Cualitativa ordinal		1. Cirugía paliativa en cardiovascular infantil.	a)Fístula Blalock Taussing, Banding de Arteria Pulmonar, Shunt Central, Glenn. b)Comunicación Interventricular, Comunicación Interauricular Coartación De La Aorta. c)Jatene, Switch Arterial, Cierre de Civ. d)Fístula Blalock Taussing, Fontan, Switch Arterial, Banding de Arteria Pulmonar. Coartacion de la aorta, atresia pulmonar.	Respuesta Correcta: 1 punto Respuesta incorrecta: 0 puntos
					2. Concepto breve de Fístula blalock taussing modificada.	a)Este procedimiento establece una circulación en la cual la sangre fluye hacia los pulmones en forma pasiva sin pasar por el corazón; esto se consigue mediante el desvío del flujo de las venas cava superior e inferior hacia las arterias pulmonares. b)La anastomosis cavo pulmonar, En ésta técnica se separa la vana cava superior	

		<p>Alto: 15-20 puntos</p> <p>Medio: 10-14 puntos</p> <p>Bajo: 0-9 puntos</p>			<p>de la aurícula derecha por ligadura ó corte, y se conecta al cabo distal de la arteria pulmonar derecha.</p> <p>c)Intervención quirúrgica paliativa, que consiste en la constricción de la arteria pulmonar para eliminar el hiperflujo pulmonar y sus consecuencias deletéreas, en ciertas cardiopatías congénitas.</p> <p>d)Anastomosis de la arteria subclavia a rama de la arteria pulmonar del mismo lado con interposición de tubo de goretex 3.</p> <p>e)Esta consiste en conectar cada arteria al ventrículo que le corresponde, es decir, la aorta al ventrículo izquierdo y la arteria pulmonar al ventrículo derecho.</p>	
				<p>3. Patología en la que se realiza la técnica quirúrgica paliativa de fístula blalock taussing</p>	<p>a) Tetralogía de Fallot, Atresia pulmonar, Atresia tricúspide, estenosis pulmonar.</p> <p>b) Tetralogía de Fallot, Coartación de la Aorta, Comunicación Interventricular</p> <p>c) Tetralogía de Fallot, DSVD, Transposición de Grandes Vasos.</p>	

					<p>d) Transposición de Grandes Vasos, Atresia Pulmonar, Atresia Tricúspide, Ventrículo Único sin estenosis pulmonar.</p> <p>e) Drenaje venoso anómalo pulmonar total.</p>	
				4. Razón por la que se indica Digoxina	<p>a) Fibrilación ventricular con respuesta auricular rápida.</p> <p>b) Disfunción diastólica sintomática</p> <p>c) Taquicardia sinusal con signos de insuficiencia cardiaca</p> <p>d) Insuficiencia cardiaca en paciente previamente tratado con diurético.</p> <p>e) Fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida, y permite acentuar las contracciones del miocardio (músculo del corazón) y equilibrar la frecuencia cardíaca, trata los ruidos cardiacos y los efectos arrítmicos. Fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida.</p>	
				5. Patología no relacionada a la Fistula No Funcionante	<p>a) Síndrome de vena cava superior</p> <p>b) Hepatomegalia, PO2 mayor de 40 mmhg.</p> <p>c) Edema agudo de pulmón</p>	

						d) Hipoxemia severa. e) Hiperxemia
					6. Complicación de un paciente post operado de fístula Blalock taussing ES FALSA	a) Desaturación marcada por fistula NO FUNCIONANTE b) Espasmo infundibular, Hipovolemia, c) Congestión pulmonar d) Insuficiencia cardiaca congestiva. e) Parálisis diafragmática
					7. Signo que se observa en la Radiografía de tórax post Fístula Blalock Tausing	a) Cardiomegalia, congestión pulmonar y flujo pulmonar. b) Hipoflujo pulmonar, derrame pericardico c) Neumotórax d) Neumonía e) Barotrauma.
					8. La saturación aceptable en la fístula Blalock Tausing	a) 50-60 % b) 65-75% c) 75-85% d) 85-95% e) 95-100%
					9. Signos más resaltantes que valoraría en una paciente con patologías cianóticas:	a) Cianosis, pupilas, sequedad de la piel b) Cianosis, palidez, perfusión periférica c) Cianosis, hepatomegalia, palidez. d) Rx tórax, hemograma, AGA e) Cianosis, hematocrito, llenado capilar

					<p>10. Cual de las siguientes alternativas respecto a la cirugía paliativa de Fístula Blalock Taussing es para cardiopatías congénitas de:</p> <p>a) Cardiopatías con Hipoflujo pulmonar b) Cardiopatías que cursan con cortocircuito izquierda-derecha c) Cardiopatías con obstrucción al flujo de sangre en la válvula aortica. d) Cardiopatías acianoticas e) Cardiopatías con hiperflujo</p>	
					<p>11. Venta ja que tiene la fístula blalock Taussing.</p> <p>a) Preservación de la subclavia b) Menor incidencia de iatrogenia arterial pulmonar y sistémica. c) Facilidad de cierre en el momento de la corrección quirúrgica, mortalidad al 1% d) Síndrome de bajo gasto cardiaco. e) El flujo que se crea debe tener una distribución homogénea para el desarrollo de ambos sistemas pulmonares.</p>	
					<p>12. Cuidados específicos post-operatorios</p> <p>a) Control de signos vitales inicialmente cada 1 hora, PA invasiva, frecuencia cardiaca, saturación, temperatura y PVC</p>	

					<p>inmediatos del paciente sometido a cirugía fistula blalock taussing que se indican, señale el incorrecto.</p>	<p>b) Valoración de AGA para realizar una adecuada medida correctiva del mismo c) Aspiración de secreciones para aliviar inquietud d) Mantener permeabilidad de la fistula Blalock taussing con adecuada reposición de volumen. e) Valorar alteración del gasto cardiaco por flujo pulmonar aumentado.</p>	
					<p>13. Parámetro de suma importancia en fístula Blalock Taussing</p>	<p>a) PO2 b) PCO2 c) PH d) POTASIO e) SATURACION</p>	
					<p>14. Control muy importante en un paciente post fístula blalock taussing.</p>	<p>a) Balance neutro b) Balance Positivo c) Balance Negativo d) Control la diuresis e) Balance en 6 horas</p>	
					<p>15. Exámenes de laboratorio y imagenología principales que se toman en la recepción del</p>	<p>a) Rx Tórax, Hemocultivo, AGA, Electrolitos, Hto. b) Rx Tórax, Hemocultivo, Perfil De Coagulación c) Rx Tórax, Hemocultivo, Hto, hemograma. d) Rx Tórax, Hemocultivo, Hg, examen de orina.</p>	

					paciente post operado	e) Rx Tórax, Hemocultivo, AGA.	
					16. Signo patognomónico que se observa en la Rx tórax pos Fístula Blalock Tausing	a) Cardiomegalia, y flujo pulmonar. b) Hipoflujo pulmonar, Cardiomegalia, derrame pericardio c) Neumotórax, Cardiomegalia, congestión pulmonar d) Neumonía, Cardiomegalia, congestión pulmonar e) Flujo pulmonar	
					17. CAS O: Paciente de 2 meses de edad post operado de Fístula Blalock Tausingse observa saturación entre 90-95% con probabilidad de fístula hiperfuncionante podría causar	a) Insuficiencia cardiaca congestiva b) Hígado pequeño c) Parálisis diafragmática d) Derrame mediastinal e) Derrame pericardio	

					18. Valor de hematocrito en las patologías cianóticas	a) 40-35% b) 30-25% c) 50-60% d) 40-50% e) 55-65%	
					19. Actividad de enfermería incorrecta	a) Extubación precoz b) El sondaje vesical y naso gástrica se retira pocas horas después de extubado el paciente. c) Los hilos de marcapaso se retiran junto con los drenajes o antes del alta si no hubo arritmias. d) En la población pediátrica los menores de 7 años son capaces de describir dolor. e) Balance hídrico se controla cada 6 y 12 horas.	
					20. Medicamento que se restringe su uso en los pacientes post Fístula Blalock Tausing	a) Captopril b) Espironolactone c) Furosemida d) Digoxina. e) Manitol.	
Práctica de los profesionales de enfermería en el manejo del post operado de	Son una serie de acciones específicas que se	Las acciones realizadas durante la recepción del post operado	Cualitativa Ordinal	Antes de la recepción	Realiza el lavado de manos clínico		Práctica: Correcta: 1 punto
					Preparación de la unidad:		

Fístula Blalock Taussing.	llevan a cabo en una intervención basada en el conocimiento y juicio clínico. (Rosales, 2005)	Inmediato de Fístula Blalock Taussing, antes durante y después de la recepción del paciente, el cual será medido mediante una lista de chequeo y será valorada en: Adecuada: 18-35 puntos Inadecuada: 0-17 puntos			Preparación de la cama quirúrgica		Incorrecta : 0 puntos
					Ventilador mecánico armado y programado en coordinación con el médico.		
					Preparación del monitor.		
					Abastecimiento con insumos la unidad		
					Preparación de drogas RCP		
					Preparación de endovenoso según indicación.		
Preparación de sedoanalgesia según indicación							

					Preparación para toma de muestras. AGA equipo de intubación, equipo ventilatorio.		
				Durante la recepción	El profesional de enfermería anota los datos de monitoreo inicial del paciente y la hora de ingreso y recibe el reporte de incidencias en el transoperatorio.		
					Al ingreso del paciente a la UCI Cardiovascular el profesional de enfermería procede a lavarse las manos		

					<p>El profesional de enfermería se calza los guantes según guía de procedimiento.</p>		
					<p>El profesional de enfermería conjuntamente con el médico intensivista verifica si el paciente expande el tórax y conecta al ventilador mecánico.</p>		
					<p>En caso el paciente llegue extubado de SOP, se administra oxígeno a través de nebulización con mascarilla, cabezal o</p>		

					cánula binasal según el caso.		
					El profesional de enfermería conecta al paciente al monitor: el cable de EKG, presión arterial invasiva, PVC, sensor de saturación y otros.		
					Valoración de enfermería: ventilatorio, hemodinamia, examen físico.		
					Verifica el aporte no discontinuado de las infusiones de inotrópicos y vasodilatadores. Coordina con el médico para la		

					continuidad o cambio del mismo.		
					Extrae la muestra de sangre de la línea arterial para gases y exámenes complementarios de rutina según guía de procedimiento.		
					Según la evaluación neurológica del paciente el profesional de enfermería administra sedoanalgesia indicada.		
					El profesional de enfermería verifica si la SNG está en cavidad gástrica, el adecuado sistema de		

					drenaje, observa las características del residuo gástrico y cantidad.		
					El profesional de enfermería observa los drenajes, tipo de drenaje (pericardico, mediastinal o pleural), la presión de succión del sistema de drenaje, el tipo de secreción de drenaje (hemático, serohemático, serosos, quiloso) cantidad y el ordeñamiento respectivo.		
					Verifica el sistema adecuado de orina, característica		

					s de la orina (Hematuria, Hemoglobinuria, colúrica, sedimentosa) y volumen.		
					Verifica el funcionamiento de las vías periféricas y cambiara las extensiones si se requiere.		
				Después de la recepción	Llena la hoja de check list de post operatorio		
					Registra y observa la hemodinamia del paciente, gasto cardiaco a horario, parámetros del VM, inótropos, y diuresis.		
					Calcula el balance hidroelectrolítico cada 6 horas		

					Realiza las anotaciones de enfermería		
					Administra antibióticos profilácticos según indicaciones médicas.		
					Procede a ordenar la historia clínica		
					Administración de hemoderivados o expansores de volumen, si es necesario la titulación de inótropos, y ordeñamiento del dren pleural.		
					Procede a leer la historia clínica antecedentes del niño.		

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos a utilizar será la encuesta y la observación.

Los instrumentos a aplicar serán un cuestionario y una lista de cotejo, el primero estará dirigido a la evaluación de los conocimientos y la segunda evaluará la práctica sobre el manejo del post operado de Fístula Blalock Taussing.

Cuestionario para valorar el nivel de conocimientos.

El cuestionario, contiene 20 ítems, cuyo valor final será: alto, medio y bajo. La estructura física del instrumento consta de cuatro partes: siendo la primera: la presentación; seguido de las instrucciones, y luego los datos generales, y por último las 20 preguntas. La duración empleada en promedio será de 20 a 30 minutos.

Este instrumento fue sometido a validez de contenido mediante el juicio de expertos proporcionada por 5 profesionales del área de salud entre enfermeras especialistas en UCI Cardiovascular, médicos pediatras intensivistas y cirujanos cardiovasculares, quienes proporcionaron sus sugerencias y se obtuvo el valor de $p=0.035$ en la tabla de concordancia y la Prueba Binomial (Apéndice C.). Posterior a ello se realizó la prueba piloto con 10 profesionales de enfermería a fin de determinar la confiabilidad estadística mediante el método de Kuder Richarson, donde se procedió a codificar las respuestas correctas con el valor de uno (1) y las respuestas incorrectas con el valor cero (0), obteniendo así, una confiabilidad de $KR-20 = 0.82$ (Apéndice D).

Instrumento para valorar la práctica.

La lista de cotejo, contiene 35 ítems, cuyo valor final es: adecuada e inadecuada. La estructura física del instrumento consta de 2 partes: siendo la primera los datos generales y la segunda los 35 ítems, las cuales están divididos a su vez en las diferentes etapas de evaluación,

antes de la recepción (10 ítems), durante la recepción (14 ítems) y después de la recepción (11 ítems). La duración empleada en promedio será de 30 a 50 minutos.

Este instrumento también fue sometido a validez de contenido mediante el juicio de expertos proporcionada por 8 profesionales del área de salud entre enfermeras especialistas en UCI Cardiovascular, médicos pediatras intensivistas y cirujanos cardiovasculares, quienes proporcionaron sus sugerencias y se obtuvo el valor de $p=0.035$ en la tabla de concordancia y la Prueba Binomial (Apéndice C). Posterior a ello se realizó la prueba piloto con 10 profesionales de enfermería a fin de determinar la confiabilidad estadística mediante el método de Kuder Richardson, donde se procedió a codificar las prácticas como correcta (1) punto e incorrecta (0) puntos, obteniendo así, una confiabilidad de $KR-20 = 0.87$ (Apéndice E).

Proceso de recolección de datos

Para el trabajo las investigadoras realizarán las coordinaciones respectivas con la Oficina de Capacitación, docencia e investigación, Jefatura de Enfermería y coordinación del servicio de UCI Cardiovascular para proceder la aplicación del estudio.

La recolección de datos se realizará mediante la aplicación de dos instrumentos previo a la firma del consentimiento informado de cada uno de los participantes:

El cuestionario de conocimiento de las enfermeras sobre la Fistula Blalock Taussing será aplicado a las enfermeras después de la firma del consentimiento informado antes de la cirugía, teniendo como calificación nivel alto, medio y bajo.

La lista de cotejo sobre las prácticas del profesional de enfermería en el manejo de los pacientes post operados de la Fistula Blalock Taussing será realizado por los investigadores, se

calificara a las enfermeras mediante la observación durante todo el proceso de recepción post operatoria, teniendo una calificación total: adecuada e inadecuada. Esta lista de cotejo es según el protocolo de enfermería utilizada en la UCI Cardiovascular del INSN-SAN BORJA, será evaluado por las investigadoras en su horario de trabajo, para evitar que el personal se dé cuenta y se alteren los resultados.

Procesamiento y análisis de datos

La información recolectada se procesará en forma manual con el programa SPSS versión 21, previa elaboración de la tabla de códigos y la tabla Matriz.

Los resultados serán presentados en gráficos y/o tablas estadísticas para realizar su análisis e interpretación respectiva considerando el marco teórico.

Consideraciones éticas

Para el proceso de recolección de datos se solicitará la autorización para la aplicación de la presente tesis a través de una carta dirigida al Director del Hospital, Director ejecutivo de la Unidad de desarrollo de investigación, tecnologías y docencia y Jefa del departamento de Enfermería del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, una vez obtenida la carta de autorización se procederá a realizar las coordinaciones internas con la persona responsable del servicio. Todos los procedimientos del presente estudio tratan de preservar la integridad y los derechos fundamentales de los participantes sujetos a investigación, de acuerdo con los lineamientos de las buenas prácticas clínicas y de ética en investigación biomédica. El proyecto será revisado por el Comité de Ética en Investigación del INSN-San Borja. Se hará uso del consentimiento informado (Apéndice F) para ser firmado por el participante si desea ser parte del estudio.

Capítulo IV

Administración del proyecto de investigación

Cronograma de ejecución

Actividad	2016							2017												
	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Revisión bibliográfica	X																			
Elaboración del proyecto	X	X	X																	
Gestión de autorización ante los administradores del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja				X	X															
Validación de instrumentos					X	X														
Recolección de datos							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Análisis e interpretación de datos																	X			
Análisis e interpretación de resultados																		X		
Presentación de informe final																				X
Publicación																				X

Tabla 1

Cronograma de actividades de desarrollo del proyecto.

Presupuesto*Tabla 2*

Presupuesto para la ejecución del proyecto de tesis hasta el proceso de obtención del grado.

Detalle	Unidad de medida	Costo unitario	Cantidad	Costo
<i>Recursos Humanos</i>				
- Asesor estadístico	Asesor	200	2	400
- Asesor	Asesor	300	1	300
<i>Materiales</i>				
- Fotocopias/impresiones	copia	0.10	500	50
- Anillados	unidad	3.00	2	6
- Empastado	unidad	15.00	6	90
- Lapiceros	unidad	1.00	44	44
<i>Viáticos y movilidad</i>				
- Pasajes	Unidad	5.00	50	250
Total				1,140

Referencias

- Aguilar, P. Lazo, C. Rodríguez, L. Márquez, H. Giménez, J. (2014). Factores relacionados con mortalidad en pacientes pediátricos con derivación de Blalock-Taussig. *S62 Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 52, 562–567.
- Agustín, C. León, R. (2006). Enfermería ciencia y arte del cuidado.
- Alvarez, F. Olivera, D. Molina, F. (2009). Guía de práctica clínica para el posoperatorio de cirugía de tórax. *Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España Y Portugal*, 7(1), 188–193.
- Andreu, R.; Sieber, S. (2000). Características del Conocimiento. Recuperado de http://docencia.udea.edu.co/vicedocencia/caracteristicas_conocimiento.html
- Arceado, A., Estorach, M. Y Ferrer, S. (2012). La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico según Patricia Benner. *Enfermería Intensiva*, 22(3), 112–116.
<Http://doi.org/10.1016/j.enfi.2010.11.004>
- Avilés, L., & Soto, C. (2014). Modelos de enfermera en unidades de paciente crítico: Un paso hacia el cuidado avanzado. *Enfermería Global*, 13(2), 323–329.
<Http://doi.org/10.6018/eglobal.13.2.181411>
- Baño, A. Domínguez, F. Fernández, L. ., & Gómez, R. (2000). Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en las cardiopatías congénitas más frecuentes. *Rev Esp Cardiol*, 53, 1496–1526).
- Benzadón, M. (2012). *Algoritmos en el posoperatorio de cirugía cardiovascular*.
- Bosch, Xavier, Camafort Miguel, Caro, Cesar, Casado, Jesús, Cepeda, Jesús y Chivite, D. (2012). *Nuevos retos en fibrilación auricular*. Barcelona. Recuperado de

<https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/protocolo-nuevos-retos-fibrilacion-auricular.pdf>

- Cabanillas, T. Y Curay, M. (2013). *Cuidados de Enfermería al Niño y Adolescente con problemas de salud*. (U. N. J. F. S. Carrion, Ed.) (Primera). Huacho. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/155577931/CUIDADOS-DE-ENFERMERIA-AL-NINO-Y-ADOLESCENTE-CON-PROBLEMAS-DE-SALUD>
- Cahua, S. (2013). “ *Conocimientos y Prácticas de la Enfermera sobre la Aspiración de Secreciones en Pacientes Intubados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos Hospital María Auxiliadora-2013* .” Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4096>
- Cando, E., Calle, J. Y Morales, R. (2014). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre las normas de bioseguridad en el manejo y administración de sangre y hemoderivados por el personal de enfermería en el departamento de pediatría del hospital “vicente corral moscoso”*. Cuenca, 2014. *Journal of Chemical Information and Modeling*. Universidad de Cuenca. [Http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004](http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004)
- Carmona, J. (2002). Cirugía cardíaca: cuidados iniciales de enfermería en el ingreso en la unidad de cuidados intensivos. *Revista Cubana de Enfermería*, 18(1), 72–77. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_abstract&pid=S0864-03192002000100013
- Carrillo, A., García, L., C., & C., Díaz, I. Y Yabrudy, N. (2013). La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enfermería Global*, 32, 346–361. Recuperado de [file:///C:/Users/USER/Downloads/151581-668041-1-PB \(2\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/151581-668041-1-PB%20(2).pdf)
- Cipriano, V. (1960). *Santa Biblia*.
- Cueto, M. (2013). *Conocimiento del personal de enfermería de un hospital Materno-Infantil*

- sobre técnicas de Reanimación Cardiopulmonar*. Universidad de Oviedo. Recuperado de http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/17303/1/TFM_Monica_Cueto_Perez.pdf
- Díaz, E., Luque, S. D. E., Díaz, E., Moralejo, E., & Pardo, R. H. (2010). *CIENCIAS SOCIALES*. (E. Diaz, Ed.) (Primera ed). Buenos Aires: Biblos, editorial. Recuperado de file:///C:/Users/USER/Downloads/1EB.-diaz_conocimiento.pdf
- Garzón, M., Malpica, J., Pérez, E. Y Monroy, M. (2015). *Cuidado de Enfermería al niño con cardiopatía*. (D. E. Médica, Ed.). Colombia.
- Gómez, C. (2011). *Conocimientos y prácticas del personal de enfermería acerca de los cuidados del catéter venoso central en pacientes del servicio de medicina de mujeres*. UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA. Recuperado de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0078_E.pdf
- Huaman, D. Y Romero, L. (2014). *Nivel de Conocimiento y Práctica de medidas de Bioseguridad en las Enfermeras de los Servicios de Medicina del Hospital Belén de Trujillo 2014*. UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO. Recuperado de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/561/1/HUAMAN_DORIS_MEDIDAS_BIOSEGURIDAD_ENFERMERAS.pdf
- Lopez, R. Y Lopez, M. (2012). *Nivel de conocimientos y practicas de medidas de bioseguridad en internos de enfermeria del hospital minsa ii-2 tarapoto junio - agosto 2012.*” Universidad nacional de san martin.
<Http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Luque, J. (1993). *El conocimiento*. España: Universidad de Sevilla. Recuperado de http://personal.us.es/jluque/Libros_y_apuntes/1994_Conocimiento.pdf
- Miranda, R., Rojas, C. Y García, G. (2012). *Relación entre el conocimiento y la aplicación de*

la guía de curación de catéter venoso central en profesionales de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - 2012. Universidad Nacional del Callao. Recuperado de <http://cybertesis.unac.edu.pe/handle/unac/107>

Muñoz, L., & Ramírez, Samuel y Kuri, M. (2010). Tetralogía de Fallot con atresia pulmonar . Morfopatología y anatomía quirúrgica. *Archivos de Cardiología Mexico*, 80(3), 141–153. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/828b/ad8a2af43227cde289507293e9dd8418c908.pdf>

Pérez, J. (2008). No Title. *Definición de Conocimiento*. Recuperado de <http://definicion.de/conocimiento/>

Ramírez, A. (2009). La teoría del conocimiento en investigación científica. *American College of Occupational and Environmental Medicine*, 70(3), 217–224.

Sánchez, N., Gutiérrez, V. Y Martínez, B. (2007). Cuidados de enfermería al paciente pediátrico postoperado de corazón. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 15, 47–53. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2007/en072c.pdf>

Villoro, L. (1982). Creer, Saber y Conocer. In S. Veintiuno Editores (Ed.), *Creer, saber, conocer* (pp. 197–269). Recuperado de <https://epistemeyciencia.files.wordpress.com/2013/01/creer-saber-conocer-villoro-lectura.pdf>

Apéndice

Apéndice A: Instrumentos de recolección de datos

Conocimiento del profesional de enfermería sobre la Fístula Blalock Taussing

INTRODUCCION: El presente cuestionario se realiza con el objetivo de Identificar en nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería sobre la Fístula Blalock Taussing de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, se le pide su colaboración ya que los resultados sabremos cuanto conoce el personal de enfermería sobre esta cirugía. El cuestionario es anónimo por lo que se le pide la mayor sinceridad posible.

II.-DATOS GENERALES: marque la respuesta correcta con un aspa (x)

1.-Edad:

Menos de 25 años () de 25 a 35 años () de 35 a 45 años () mayor a 45 años ()

2.-Sexo: M () F ()

3.-Estado civil:

Soltero () Casado () Viudo () Divorciado (a) () Unión Libre ()

4.-Experiencia profesional en el servicio:

Menor de 1 año () de 1 a 5 años () mayor de 5 años ()

5.-Estudio post grado concluidos:

Especialidad () Maestría () Doctorado ()

6.-Condición laboral: Nombrado (a) () Contratado (a) ()

III.-DATOS SOBRE CONOCIMIENTOS

1. En cuanto a las cirugías paliativas cual es lo correcto:

- a) Fístula Blalock Taussing, Banding de Arteria Pulmonar, Shunt Central, Glenn.
- b) Comunicación Interventricular, Comunicación Interauricular Coartación de Aorta.
- c) Jatene, Switch Arterial, Cierre de CIV.
- d) Fístula Blalock Taussing, Fontan, Switch Arterial, Banding de Arteria Pulmonar.
- e) Coartacion de Aorta, atresia pulmonar.

2. Señale la alternativa CORRECTA en relación a la Fístula Blalock Taussing modificada.

- a) Este procedimiento establece una circulación en la cual la sangre fluye hacia los pulmones en forma pasiva sin pasar por el corazón; esto se consigue mediante el desvío del flujo de las venas cavas superior e inferior hacia las arterias pulmonares.
- b) La anastomosis cavo pulmonar, En ésta técnica se separa la vana cava superior de la aurícula derecha por ligadura ó corte, y se conecta al cabo distal de la arteria pulmonar derecha.
- c) Intervención quirúrgica paliativa, que consiste en la constricción de la arteria pulmonar para eliminar el hiperflujo pulmonar y sus consecuencias deletéreas, en ciertas cardiopatías congénitas.
- d) Anastomosis de la arteria subclavia a rama de la arteria pulmonar del mismo lado con interposición de tubo de goretex 3.
- e) Esta consiste en conectar cada arteria al ventrículo que le corresponde, es decir, la aorta al ventrículo izquierdo y la arteria pulmonar al ventrículo derecho.

3. ¿En qué patologías se realiza la técnica quirúrgica paliativa de Fístula Blalock Taussing?

- a) Tetralogía de Fallot, Atresia pulmonar, Atresia tricúspide, estenosis pulmonar.
- b) Tetralogía de Fallot, Coartación de la Aorta, Comunicación Interventricular
- c) Tetralogía de Fallot, DSVD, Transposición de Grandes Vasos.
- d) Transposición de Grandes Vasos, Atresia Pulmonar, Atresia Tricúspide, Ventrículo Único sin estenosis pulmonar.
- e) Drenaje venoso anómalo pulmonar total.

4. ¿Cuál es el enunciado correcto sobre la indicación de digoxina?

- a) Fibrilación ventricular con respuesta auricular rápida.
- b) Disfunción diastólica sintomática
- c) Taquicardia sinusal con signos de insuficiencia cardiaca
- d) Insuficiencia cardiaca en paciente previamente tratado con diurético.
- e) Fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida, y permite acentuar las contracciones del miocardio (músculo del corazón) y equilibrar la frecuencia cardíaca, trata los ruidos cardiacos y los efectos arrítmicos. Fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida.

5. Uno de los siguientes datos clínicos es característico de una FISTULA NO FUNCIONANTE

- a) Síndrome de vena cava superior
- b) Hepatomegalia, PO₂ mayor de 40 mmhg.
- c) Edema agudo de pulmón
- d) Hipoxemia severa.
- e) Hiperxemia

6. Señale cuál de las siguientes afirmaciones en relación a las complicaciones de un paciente post operado de fistula Blalock taussing ES FALSA

- a) Desaturación marcada por fistula NO FUNCIONANTE
- b) Espasmo infundibular, Hipovolemia,
- c) Congestión pulmonar
- d) Insuficiencia cardiaca congestiva.
- e) Parálisis diafragmática

7. ¿Qué signo se observa en la Radiografía de tórax post Fístula Blalock Taussing?

- a) Cardiomegalia, congestión pulmonar y flujo pulmonar.
- b) Hipoflujo pulmonar, derrame pericardico
- c) Neumotórax
- d) Neumonía
- e) Barotrauma.

8. La saturación aceptable en la Fístula Blalock Taussing

- a) 50-60 %
- b) 65-75%
- c) 75-85%
- d) 85-95%

e) 95-100%

9. ¿Qué signos más resaltantes valorarías en una paciente con patologías cianóticas?

- a) Cianosis, pupilas, sequedad de la piel
- b) Cianosis, palidez, perfusión periférica
- c) Cianosis, hepatomegalia, palidez.
- d) Rx tórax, hemograma, AGA
- e) Cianosis, hematocrito, llenado capilar

10. ¿Cuál de la siguiente alternativa respecto a la cirugía paliativa de fístula Blalock Taussing es para cardiopatías congénitas?

- a) Cardiopatías con Hipoflujo pulmonar
- b) Cardiopatías que cursan con cortocircuito izquierda-derecha
- c) Cardiopatías con obstrucción al flujo de sangre en la válvula aortica.
- d) Cardiopatías acianoticas
- e) Cardiopatías con hiperflujo

11. Señale la afirmación que considere INCORRECTA respecto a las ventajas que tiene la fístula Blalock Taussing

- a) Preservación de la subclavia
- b) Menor incidencia de iatrogenia arterial pulmonar y sistémica.
- c) Facilidad de cierre en el momento de la corrección quirúrgica, mortalidad al 1%
- d) Síndrome de bajo gasto cardiaco.
- e) El flujo que se crea debe tener una distribución homogénea para el desarrollo de ambos sistemas pulmonares.

12. De los cuidados específicos post-operatorios inmediatos del paciente sometido a cirugía fístula Blalock taussing que se indican, señale el incorrecto.

- a) Control de signos vitales inicialmente cada 1 hora, PA invasiva, frecuencia cardiaca, saturación, temperatura y PVC
- b) Valoración de AGA para realizar una adecuada medida correctiva del mismo
- c) Aspiración de secreciones para aliviar inquietud
- d) Mantener permeabilidad de la fístula Blalock taussing con adecuada reposición de volumen.
- e) Valorar alteración del gasto cardiaco por flujo pulmonar aumentado.

13. ¿Cuál de los siguientes enunciados sobre gasometría arterial es un parámetro de suma importancia en fístula Blalock Taussing?

- a) PO₂
- b) PCO₂
- c) PH
- d) POTASIO
- e) SATURACION

- 14. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones debes considerar en el balance hídrico en un paciente post operado de fístula Blalock Taussing?**
- a) Balance neutro
 - b) Balance Positivo
 - c) Balance Negativo
 - d) Control la diuresis
 - e) Balance en 6 horas
- 15. ¿Cuáles son los exámenes de laboratorio e imagenología principales que se toman en la recepción del paciente post operado?**
- a) Rx Tórax, Hemocultivo, AGA, Electrolitos, Hto.
 - b) Rx Tórax, Hemocultivo, Perfil De Coagulación
 - c) Rx Tórax, Hemocultivo, Hto, hemograma.
 - d) Rx Tórax, Hemocultivo, Hg, examen de orina.
 - e) Rx Tórax, Hemocultivo, AGA.
- 16. ¿Cuál de las alternativas es la CORRECTA respecto a lo que se observa en la Rx tórax pos Fístula Blalock Taussing?**
- a) Cardiomegalia, y flujo pulmonar.
 - b) Hipoflujo pulmonar, Cardiomegalia, derrame pericardio
 - c) Neumotórax, Cardiomegalia, congestión pulmonar
 - d) Neumonía, Cardiomegalia, congestión pulmonar
 - e) Flujo pulmonar
- 17. Paciente de 2 meses de edad post operado de Fístula Blalock Taussing se observa saturación entre 90-95% con probabilidad de fístula hiperfuncionante podría causar:**
- a) Insuficiencia cardiaca congestiva
 - b) Hígado pequeño
 - c) Parálisis diafragmática
 - d) Derrame mediastinal
 - e) Derrame pericardio
- 18. De las afirmaciones respecto al valor de hematocrito en las patologías cianóticas señale la correcta:**
- a) 40-35%
 - b) 30-25%
 - c) 50-60%
 - d) 40-50%
 - e) 55-65%
- 19. Con respecto a las consideraciones de enfermería en paciente post Fístula Blalock Taussing cuál de las siguientes es INCORRECTA.**
- a) Extubación precoz

- b) El sondaje vesical y naso gástrica se retira pocas horas después de extubado el paciente.
- c) Los hilos de marcapaso se retiran junto con los drenajes o antes del alta si no hubo arritmias.
- d) En la población pediátrica los menores de 7 años son capaces de describir dolor.
- e) Balance hídrico se controla cada 6 y 12 horas.

20. ¿Qué medicamento se restringe su uso en los pacientes post Fístula Blalock Taussing?

Indique la respuesta INCORRECTA.

- a) Captopril
- b) Espironolactone
- c) Furosemida
- d) Digoxina.
- e) Manitol.

Apéndice B: Validez de los instrumentos

Lista de cotejo:

Práctica de los profesionales de enfermería en el manejo de los pacientes post operados de Fístula Blalock Taussing de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular del Instituto Nacional de Salud Del Niño, San Borja, 2017

Enfermera Observada: Fecha: Hora:.....

	ITEMS	PRÁCTICA		OBS.
		CORRECTA	INCORRECTA	
	ANTES DE LA RECEPCION			
1	Realiza el lavado de manos clínico			
2	Preparación de la unidad:			
3	Preparación de la cama quirúrgica			
4	Ventilador mecánico armado y programado en coordinación con el médico.			
5	Preparación del monitor.			
6	Abastecimiento con insumos la unidad			
7	Preparación de drogas RCP			
8	Preparación de endovenoso según indicación.			
9	Preparación de sedoanalgesia según indicación			
10	Preparación para toma de muestras. AGA equipo de intubación, equipo ventilatorio.			
	DURANTE LA RECEPCION			
11	El profesional de enfermería anota los datos de monitoreo inicial del paciente y la hora de ingreso y recibe el reporte de incidencias en el transoperatorio.			
12	Al ingreso del paciente a la UCI cardiovascular la			

	enfermera procede a lavarse las manos			
13	El profesional de enfermería se calza los guantes según guía de procedimiento.			
14	El profesional de enfermería conjuntamente con el médico intensivista verifica si el paciente expande el tórax y conecta al ventilador mecánico.			
15	En caso el paciente llegue extubado de SOP, se administra oxígeno a través de nebulización con mascarilla, cabezal o cánula binasal según el caso.			
16	El profesional de enfermería conecta al paciente al monitor: el cable de EKG Presión arterial invasiva, PVC, sensor de saturación y otros.			
17	Valoración de enfermería: ventilatorio, hemodinamia, examen físico.			
18	Verifica el aporte no discontinuado de las infusiones de inotrópicos y vasodilatadores. Coordina con el médico para la continuidad o cambio del mismo.			
19	Extrae la muestra de sangre de la línea arterial para gases y exámenes complementarios de rutina según guía de procedimiento.			
20	Según la evaluación neurológica del paciente la enfermera administra sedoanalgesia indicada.			
21	El profesional de enfermería verifica si la SNG está en cavidad gástrica, el adecuado sistema de drenaje, observa las características del residuo gástrico y cantidad.			

22	El profesional de enfermería observa los drenajes, tipo de drenaje (pericardico, mediastinal o pleural), la presión de succión del sistema de drenaje, el tipo de secreción de drenaje (hemático, serohemático, serosos, quiloso) cantidad y el ordeñamiento respectivo.			
23	Verifica el sistema adecuado de orina, características de la orina (Hematuria, Hemoglobinuria, colúrica, sedimentosa) y volumen.			
24	Verifica el funcionamiento de las vías periféricas y cambiara las extensiones si se requiere.			
	DESPUÉS DE LA RECEPCIÓN			
25	Llena la hoja de check list de post operatorio			
26	Registra y observa hemodinamia del paciente, gasto cardiaco a horario, parámetros del VM, inotropos, y diuresis.			
27	Calcula el balance hidroelectrolítico cada 6 horas			
28	Realiza las anotaciones de enfermería			
29	Administra antibióticos profilácticos según indicaciones médicas.			
30	Procede a ordenar la historia clínica			
31	Administración de hemoderivados o expansores de volumen, si es necesario la titulación de inotropos, y ordeñamiento del dren pleural.			
32	Procede a leer la historia clínica antecedentes del niño.			
33	Tiene buena comunicación con los padres de niño			

	cuando ingresa al servicio a ver a su hijo.			
34	Educación a los padres sobre horario de visita y normas del servicio, se coordina con médico para informe			
35	Se controla electrolíticos dentro del rango sino se repone , Rx tórax			

TABLA DE CONCORDANCIA
PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	N° DE JUEZ					P
	1	2	3	4	5	
1	1	1	1	1	1	0.031
2	1	1	1	1	1	0.031
3	1	1	1	1	1	0.031
4	1	1	1	1	1	0.031
5	1	1	1	1	1	0.031
6	1	1	0	1	1	*0.388
7	1	1	1	1	1	0.031

* En esta pregunta se tomaron en cuenta las observaciones realizadas para la elaboración del instrumento final.

Favorable = SI (1)

Desfavorable = NO (0)

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa

Para nuestro instrumento se obtuvo un valor de $p = 0.031$; lo que indica que la concordancia entre los jueces es significativa.

Apéndice C: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Le informamos del desarrollo de este estudio de investigación realizado por la Lic. Veronika Pupuche Vilela y la Lic. Karen Salcedo Rosas, bajo la supervisión de la Dra. Mayela Cajachagua Castro docente de la Universidad Peruana Unión.

Titulado: “ *Relación entre el conocimiento y la práctica en el manejo del post operado de Fístula Blalock Taussing por los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular del Instituto Nacional de Salud Del Niño San Borja. 2017*”

Propósito y procedimientos

Se le está invitando a Ud. a autorizar su participación en el presente trabajo de investigación con la finalidad de determinar la relación entre el conocimiento y la practica en el manejo del post operado de Fístula Blalock Taussing por parte del profesional de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular del Instituto Nacional de Salud Del Niño San Borja. 2017.

Su participación en el estudio es voluntaria y consistirá en resolver un cuestionario sobre el nivel de conocimiento de las enfermeras sobre la Fístula Blalock Taussing con un tiempo de duración de aproximadamente 15 minutos.

Riesgos del estudio

Usted no estará expuesto(a) a ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con esta investigación.

Beneficios del estudio

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Además, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar con la investigación.

Participación voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted tiene el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento sin ningún tipo de represalia.

Confidencialidad

Se guardará toda información que Ud. decida brindar con códigos y no con sus nombres. Solamente el investigador tendrá acceso a esos códigos. Si los resultados del estudio fueran a publicarse, no se mostrará ninguna información que permita su identificación, los datos serán desechados al finalizar el estudio.

Preguntas e información

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si tuviera alguna duda o pregunta puede contactarse con:

Lic. Veronika Pupuche Vilela

Dirección: Av. Brasil 911 dpt.602 Jesús maría

Institución: Instituto Nacional de Salud del Niño-San Borja

Teléfono: 943446019

e-mail: veronikap18@hotmail.com

Lic. Karen Salcedo Rosas

Dirección:

Institución: Instituto Nacional de Salud del Niño-San Borja

Teléfono: RPM: #951702601

e-mail: kpsalcedo@hotmail.com

Dr. Elías Melitón Arce Rodríguez

Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud
del Niño-San Borja

Teléfono: 2300600- 3005

e-mail: rhuamani@insnsb.gob.pe

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

He leído el consentimiento y he oído las explicaciones orales del investigador. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en mi labor profesional. Además se me entregará una copia de este documento.

Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación.

Nombre completo del participante _____

Firma del participante _____

DNI del participante _____

Nombre completo del investigador _____

Firma del investigador _____

DNI del investigador _____

Apéndice D: Confiabilidad del instrumento

DETERMINACION DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SOBRE LA FÍSTULA BLALOCK TAUSSING KUDER RICHARDSON (KR 20)

$$r_{tt} = \frac{k}{k-1} \cdot \frac{S_t^2 - \sum p \cdot q}{S_t^2}$$

Donde:

K: Número de ítems del instrumento

p: Porcentaje de personas que responden correctamente cada ítem

q: p-1

St²: Varianza total del instrumento.

Reemplazando:

$$r = 20/19((16.04 - 3.6) / 16.04)$$

$$r = 1.05 (12.44 / 16.04)$$

$$r = 1.05 (0.78)$$

$$r = 0.82$$

Siendo KR = 0.82, representa que hay un 82 % de confiabilidad del instrumento

**MATRIZ DE DATOS – PRUEBA PILOTO - CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SOBRE LA FÍSTULA
BLALOCK TAUSSING**

ITEMS / PARTICIPANTES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
P1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
P2	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1
P3	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1
P4	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1
P5	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
P6	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0
P7	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
P8	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0
P9	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
P10	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1

**DETERMINACION DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO LISTA DE
COTEJO SOBRE LAS PRÁCTICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SOBRE
LA FÍSTULA BLALOCK TAUSSING
KUDER RICHARDSON (KR 20)**

$$r_{tt} = \frac{k}{k-1} \cdot \frac{S_t^2 - \sum p \cdot q}{S_t^2}$$

Donde:

K: Número de ítems del instrumento

p: Porcentaje de personas que responden correctamente cada ítem

q: p-1

S_t²: Varianza total del instrumento.

Reemplazando:

$$r = 35/34((15.12 - 2.41) / 15.12)$$

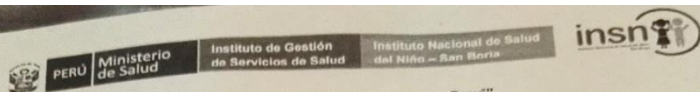
$$r = 1.02 (12.71 / 15.12)$$

$$r = 1.02 (0.84)$$

$$r = 0.87$$

Siendo KR = 0.87, representa que hay un 87 % de confiabilidad del instrumento

Apéndice F: Autorización institucional



"Año de la consolidación del Mar de Grau"

San Borja, 06 de diciembre de 2016

OFICIO N° 021-2016-CIEI-INSN-SAN BORJA

Señoras Licenciadas

Karen Salcedo Rosas
Investigadora Principal

Veronika Pupuche Vilela
Investigadora Principal

De mi consideración:

Es grato dirigirnos a ustedes para saludarlas cordialmente y con relación al proyecto de investigación PI-2016-070, titulado: **"Relación del Conocimiento de la Fístula Blalock Tausing con la práctica de enfermería en el post operatorio de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares del Instituto Nacional de Salud Del Niño San Borja. 2016"**.

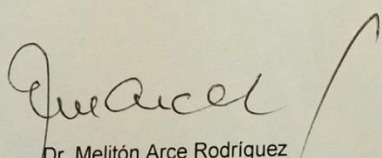
El Comité Institucional de Ética en Investigación del INSN-SB, aprueba el proyecto de investigación.

La vigencia de esta aprobación es desde el 06 de diciembre de 2016 al 05 de diciembre de 2017.

De requerir prórroga de esta autorización, los trámites deberán iniciarse 30 días antes de su vencimiento.

Sin otro particular quedo de usted.

Atentamente,



Dr. Melitón Arce Rodríguez
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación
Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja

Av. Agustín de la Rosa Toro Nro. 1399 Urb. Jacaranda II
Lima - San Borja
Teléfono: 2300600 - Anexo 1073
www.insnsb.gob.pe

Apéndice G: Escala de estanones

Para la medición de la variable Nivel de conocimientos, se utilizó la Escala de Estanones, cuya fórmula es la siguiente:

$$A = \bar{X} \pm 0.75 (DS)$$

Donde:

\bar{X} : promedio.

DS: desviación estándar.

Una vez obtenido los datos se aplicó la fórmula y se obtuvo los siguientes valores para a y b:

$$a = X - 7.5 (DS)$$

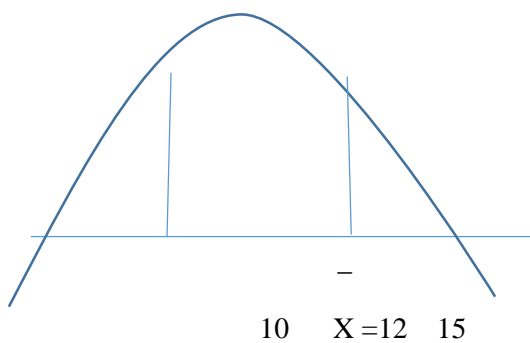
$$a = 12.6 - 7.5 (3.8)$$

$$a = 9.75$$

$$b = X + 7.5 (DS)$$

$$b = 12.6 + 7.5 (3.8)$$

$$b = 15.45$$



Intervalo de clase:

Conocimiento Alto: 15-20 puntos

Conocimiento Medio: 10-14 puntos

Conocimiento Bajo: 0-9 puntos

Apéndice G: Carta de presentación de los docentes – asesor

CARTA DE PRESENTACIÓN DEL DOCENTE-ASESOR

En mi calidad de docente-asesor del trabajo de investigación titulado “ Relación entre el conocimiento y la práctica en el manejo del post operado de Fístula Blalock Tausing por parte de los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular del Instituto Nacional de Salud Del Niño San Borja. 2017”, presento a las autoras del proyecto de investigación **Pupuche Vilela Veronika del Milagro y Salcedo Rosas Karen Patricia**, estudiantes de la Especialidad de UCI pediátrica de la UPG Ciencias de la Salud, Escuela de Pos Grado de la Universidad Peruana Unión. El proyecto cumple con los requisitos que la UPG y las normas de elaboración de trabajos de investigación indican.

Lima, 21 de julio de 2017

Dra. Mayela Cajachagua Castro

Docente UPG Ciencias de la Salud

Apéndice I: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	SUBINDICADORES	POBLACIÓN Y MUESTRA	DISEÑO Y TIPO	ESCALA DE MEDICION
¿Cuál es la relación entre el conocimiento y la práctica en el manejo del post operado de fístula Blalock Taussing por los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja 2017?	Determinar la relación entre el conocimiento y la práctica en el manejo del post operado de Fístula Blalock Taussing por los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.	Identificar el nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería sobre la Fístula Blalock Taussing de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja. Identificar la práctica de los profesionales de enfermería en el manejo de los pacientes post operados de Fístula Blalock Taussing de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular antes, durante y después de la recepción.	Conocimiento de la Fístula Blalock Taussing		1. En cuanto a las cirugías paliativas es CORRECTO:	a) Fístula Blalock Taussing, Banding de Arteria Pulmonar, Shunt Central, Glenn. b) Comunicación Interventricular, Comunicación Interauricular Coartación De La Aorta. c) Jatene, Switch Arterial, Cierre de Civ. d) Fístula Blalock Taussing, Fontan, Switch Arterial, Banding de Arteria Pulmonar. e) Coartación de la aorta, atresia pulmonar.	La población de estudio estará conformada por todos los profesionales de enfermería del servicio de la UCI Cardiovascular = 44 Muestra. No se realizará tamaño muestral, debido a que se trabajará con toda la población.	Es de carácter cuantitativo Diseño no experimental al transversal correlacion al-causal.	Conocimiento Alto: 15-20 puntos Medio: 10-14 puntos Bajo: 0-9 puntos
					2. Señale la alternativa CORRECTA en relación a la fístula blalock taussing modificada.	a) Este procedimiento establece una circulación en la cual la sangre fluye hacia los pulmones en forma pasiva sin pasar por el corazón; esto se consigue mediante el desvío del flujo de las venas cavas superior e inferior hacia las arterias pulmonares. b) La anastomosis cavo pulmonar, En ésta técnica se separa la vana cava superior de la aurícula derecha por ligadura ó corte, y se conecta al cabo distal de la arteria pulmonar derecha. c) Intervención quirúrgica paliativa, que consiste en la			

					<p>constricción de la arteria pulmonar para eliminar el hiperflujo pulmonar y sus consecuencias deletéreas, en ciertas cardiopatías congénitas.</p> <p>d) Anastomosis de la arteria subclavia a rama de la arteria pulmonar del mismo lado con interposición de tubo de goretex 3.</p> <p>e) Esta consiste en conectar cada arteria al ventrículo que le corresponde, es decir, la aorta al ventrículo izquierdo y la arteria pulmonar al ventrículo derecho.</p>			
				3. En que patología se realiza la técnica quirúrgica paliativa de fístula blalock taussing	<p>a) Tetralogía de Fallot, Atresia pulmonar, Atresia tricúspide, estenosis pulmonar.</p> <p>b) Tetralogía de Fallot, Coartación de la Aorta, Comunicación Interventricular</p> <p>c) Tetralogía de Fallot, DSVD, Transposición de Grandes Vasos.</p> <p>d) Transposición de Grandes Vasos, Atresia Pulmonar, Atresia Tricúspide, Ventrículo Único sin estenosis pulmonar.</p> <p>e) Drenaje venoso anómalo pulmonar total.</p>			
				4. ¿Cuál es el enunciado correcto sobre la indicación de digoxina?	<p>a) Fibrilación ventricular con respuesta auricular rápida.</p> <p>b) Disfunción diastólica sintomática</p>			

					<p>c) Taquicardia sinusal con signos de insuficiencia cardiaca</p> <p>d) Insuficiencia cardiaca en paciente previamente tratado con diurético.</p> <p>e) Fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida, y permite acentuar las contracciones del miocardio (músculo del corazón) y equilibrar la frecuencia cardíaca, trata los ruidos cardiacos y los efectos arrítmicos. Fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida.</p>			
				5. Uno de los siguientes datos clínicos es característico de una FISTULA NO FUNCIONANTE	<p>a) Síndrome de vena cava superior</p> <p>b) Hepatomegalia, PO2 mayor de 40 mmhg.</p> <p>c) Edema agudo de pulmón</p> <p>d) Hipoxemia severa.</p> <p>e) Hiperxemia</p>			
				6. Señale cuál de las siguientes afirmaciones en relación a las complicaciones de un paciente post operado de fístula Blalock taussing ES FALSA	<p>a) Desaturación marcada por fistula NO FUNCIONANTE</p> <p>b) Espasmo infundibular, Hipovolemia,</p> <p>c) Congestión pulmonar</p> <p>d) Insuficiencia cardiaca congestiva.</p> <p>e) Parálisis diafragmática</p>			
				7. Qué signo se observa en la Radiografía de tórax post Fístula Blalock Tausing	<p>a) Cardiomegalia, congestión pulmonar y flujo pulmonar.</p> <p>b) Hipoflujo pulmonar, derrame pericardico</p> <p>c) Neumotórax</p>			

					d) Neumonía e) Barotrauma.			
				8. La saturación aceptable en la fístula Blalock Taussing	a) 50-60 % b) 65-75% c) 75-85% d) 85-95% e) 95-100%			
				9. Que signos más resaltantes valorarías en una paciente con patologías cianóticas:	a) Cianosis, pupilas, sequedad de la piel b) Cianosis, palidez, perfusión periférica c) Cianosis, hepatomegalia, palidez. d) Rx tórax, hemograma, AGA e) Cianosis, hematocrito, llenado capilar			
				10. Cual de la siguiente alternativa respecto a la cirugía paliativa de fístula blalock taussing es para cardiopatías congénitas de:	a) Cardiopatías con Hipoflujo pulmonar b) Cardiopatías que cursan con cortocircuito izquierda-derecha c) Cardiopatías con obstrucción al flujo de sangre en la válvula aortica. d) Cardiopatías acianoticas e) Cardiopatías con hiperflujo			
				11. Señale la afirmación que considere INCORRECTA: respecto a las ventajas que tiene la fístula blalock Taussing.	a) Preservación de la subclavia b) Menor incidencia de iatrogenia arterial pulmonar y sistémica. c) Facilidad de cierre en el momento de la corrección quirúrgica, mortalidad al 1% d) Síndrome de bajo gasto cardiaco. e) El flujo que se crea debe tener una distribución			

					homogénea para el desarrollo de ambos sistemas pulmonares.			
				12. De los cuidados específicos post-operatorios inmediatos del paciente sometido a cirugía fistula blalock taussing que se indican, señale el incorrecto.	<p>a) Control de signos vitales inicialmente cada 1 hora, PA invasiva, frecuencia cardiaca, saturación, temperatura y PVC</p> <p>b) Valoración de AGA para realizar una adecuada medida correctiva del mismo</p> <p>c) Aspiración de secreciones para aliviar inquietud</p> <p>d) Mantener permeabilidad de la fistula Blalock taussing con adecuada reposición de volumen.</p> <p>e) Valorar alteración del gasto cardiaco por flujo pulmonar aumentado.</p>			
				13.Cuál de los siguientes enunciados sobre gasometría arterial es un parámetro de suma importancia en fístula Blalock Taussing	<p>a) PO2</p> <p>b) PCO2</p> <p>c) PH</p> <p>d) POTASIO</p> <p>e) SATURACION</p>			
				14. Cuál de las siguientes afirmaciones debes considerar en el balance hídrico en un paciente post fístula blalock taussing.	<p>a) Balance neutro</p> <p>b) Balance Positivo</p> <p>c) Balance Negativo</p> <p>d) Control la diuresis</p> <p>e) Balance en 6 horas</p>			
				15. Cuáles son los exámenes	a) Rx Tórax, Hemocultivo, AGA, Electrolitos, Hto.			

				de laboratorio y imagenología principales que se toman en la recepción del paciente post operado	<ul style="list-style-type: none"> b) Rx Tórax, Hemocultivo, Perfil De Coagulación c) Rx Tórax, Hemocultivo, Hto, hemograma. d) Rx Tórax, Hemocultivo, Hg, examen de orina. e) Rx Tórax, Hemocultivo, AGA. 			
				16. Cuál de las alternativas es la CORRECTA respecto a lo que se observa en la Rx tórax pos Fístula Blalock Tausing	<ul style="list-style-type: none"> a) Cardiomegalia, y flujo pulmonar. b) Hipoflujo pulmonar, Cardiomegalia, derrame pericardio c) Neumotórax, Cardiomegalia, congestión pulmonar d) Neumonía, Cardiomegalia, congestión pulmonar e) Flujo pulmonar 			
				17. Paciente de 2 meses de edad post operado de Fístula Blalock Tausingse observa saturación entre 90-95% con probabilidad de fístula hiperfuncionante podría causar	<ul style="list-style-type: none"> a) Insuficiencia cardiaca congestiva b) Hígado pequeño c) Parálisis diafragmática d) Derrame mediastinal e) Derrame pericardio 			
				18. De las afirmaciones respecto al valor de hematocrito en las patologías cianóticas señale la correcta	<ul style="list-style-type: none"> a) 40-35% b) 30-25% c) 50-60% d) 40-50% e) 55-65% 			
				19. Con respecto a las	<ul style="list-style-type: none"> a) Extubación precoz 			

					<p>consideraciones de enfermería en paciente post fistula cuál de las siguientes es INCORRECTA</p> <p>b) El sondaje vesical y naso gástrica se retira pocas horas después de extubado el paciente. c) Los hilos de marcapaso se retiran junto con los drenajes o antes del alta si no hubo arritmias. d) En la población pediátrica los menores de 7 años son capaces de describir dolor. e) Balance hídrico se controla cada 6 y 12 horas.</p>		
				<p>20. Que medicamento se restringe su uso en los pacientes post Fístula Blalock Taussing? Indique la respuesta INCORRECTA.</p>	<p>a) Captopril b) Espironolactone c) Furosemida d) Digoxina. e) Manitol.</p>		
			<p>Práctica de los profesionales de enfermería en el manejo del post operado de Fístula Blalock Taussing</p>	<p>Antes de la recepción</p>	<p>Realiza el lavado de manos clínico</p>		<p>Adecuada 18-35 puntos</p> <p>Inadecuada 0-17 puntos</p>
					<p>Preparación de la unidad:</p>		
					<p>Preparación de la cama quirúrgica</p>		
					<p>Ventilador mecánico armado y programado en coordinación con el médico.</p>		
					<p>Preparación del monitor.</p>		
					<p>Abastecimiento con insumos la unidad</p>		
					<p>Preparación de drogas RCP</p>		

					Preparación de endovenoso según indicación.				
					Preparación de sedoanalgesia según indicación				
					Preparación para toma de muestras. AGA equipo de intubación, equipo ventilatorio.				
				Durante la recepción	El profesional de enfermería anota los datos de monitoreo inicial del paciente y la hora de ingreso y recibe el reporte de incidencias en el transoperatorio.				
					Al ingreso del paciente a la UCI Cardiovascular el profesional de enfermería procede a lavarse las manos				
					El profesional de enfermería se calza los guantes según guía de procedimiento.				
					El profesional de enfermería conjuntamente con el médico intensivista verifica si el paciente expande el tórax y conecta				

					al ventilador mecánico.			
					En caso el paciente llegue extubado de SOP, se administra oxígeno a través de nebulización con mascarilla, cabezal o cánula binasal según el caso.			
					El profesional de enfermería conecta al paciente al monitor: el cable de EKG, presión arterial invasiva, PVC, sensor de saturación y otros.			
					Valoración de enfermería: ventilatorio, hemodinamia, examen físico.			
					Verifica el aporte no discontinuado de las infusiones de inotrópicos y vasodilatadores. Coordina con el médico para la continuidad o cambio del mismo.			
					Extrae la muestra de sangre de la línea arterial para gases y exámenes complementarios de rutina según guía de procedimiento.			

					Según la evaluación neurológica del paciente el profesional de enfermería administra sedoanalgesia indicada.				
					El profesional de enfermería verifica si la SNG está en cavidad gástrica, el adecuado sistema de drenaje, observa las características del residuo gástrico y cantidad.				
					El profesional de enfermería observa los drenajes, tipo de drenaje (pericardico, mediastinal o pleural), la presión de succión del sistema de drenaje, el tipo de secreción de drenaje (hemático, serohemático, serosos, quiloso) cantidad y el ordeñamiento respectivo.				
					Verifica el sistema adecuado de orina, características de la orina				

					(Hematuria, Hemoglobinuria, colúrica, sedimentosa) y volumen.				
					Verifica el funcionamiento de las vías periféricas y cambiara las extensiones si se requiere.				
				Después de la recepción	Llena la hoja de check list de post operatorio				
					Registra y observa la hemodinamia del paciente, gasto cardiaco a horario, parámetros del VM, inotropos, y diuresis.				
					Calcula el balance hidroelectrolitico cada 6 horas				
					Realiza las anotaciones de enfermería				
					Administra antibióticos profilácticos según indicaciones médicas.				
					Procede a ordenar la historia clínica				
					Administración de hemoderivados o expansores de volumen, si es necesario la titulación de				

					inotropos, y ordeñamiento del dren pleural.				
					Procede a leer la historia clínica antecedentes del niño.				