



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA

TEMA:

**“CIRUGÍA ABDOMINAL Y SU RELACIÓN CON LA DISMINUCIÓN DE LA
CAPACIDAD INSPIRATORIA EN PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS EN EL
HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR”:**

TESIS DE GRADO

PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN TERAPIA RESPIRATORIA

AUTORES: HINOSTROZA SOLÍS ELINGER DOMÉNICA

LUCAS ALVARADO YULY JANNETH

TUTORA: LIC BETTY GAIBOR. MSC.

GUAYAQUIL – ABRIL 2018



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA

TEMA:

**“CIRUGÍA ABDOMINAL Y SU RELACIÓN CON LA DISMINUCIÓN DE LA
CAPACIDAD INSPIRATORIA EN PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS EN EL
HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR”:**

TESIS DE GRADO

PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN TERAPIA RESPIRATORIA

AUTORES: HINOSTROZA SOLÍS ELINGER DOMÉNICA

LUCAS ALVARADO YULY JANNETH

TUTORA: LIC BETTY GAIBOR. MSC.

GUAYAQUIL – ABRIL 2018



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	“Cirugía abdominal y su relación con la disminución de la capacidad inspiratoria en pacientes de 30 a 50 años en el hospital Guasmo Sur”: “ELABORACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADO RESPIRATORIO”.		
AUTORES:	Lucas Alvarado Yuly. Hinostroza Solís Elinger		
REVISOR /TUTOR:	Msc. Betty Gaibor Lic		
INSTITUCIÓN:	Universidad Estatal de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Ciencias Médicas.		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Terapia Respiratoria		
GRADO OBTENIDO:	Licenciatura		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	5/01/2018	No. DE PÁGINAS:	90
ÁREAS TEMÁTICAS:	Tipos de cirugías abdominales más comunes, volúmenes y capacidades pulmonares.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Cirugía, abdominal, capacidad, inspiratoria, cuidados.		
RESUMEN/ABSTRACT: (150-250 palabras): En el Hospital General Guasmo Sur, dentro de la unidad de cuidados intensivos se encuentran los pacientes que son sometidos a cirugías abdominales, cuyos procedimientos quirúrgicos invasivos requieren administrar sedación, analgesia y que son inducidos a ventilación mecánica, porque disminuye la capacidad de los músculos que participan en la respiración. Luego en el post-operatorio ya extubado el paciente va a presentar disnea, dolor en la cavidad abdominal y por ello mantendrán en una sola posición. La capacidad respiratoria se encontrará disminuida y provocando complicaciones a futuro. Para la obtención de muestra se realiza recolección de datos mediante encuestas dirigidas a los profesionales de salud en terapia respiratoria, resultados que denotaron la necesidad de implementar la siguiente propuesta, una guía de cuidados respiratorios para prevenir atelectasias. También se utilizará el ventilómetro de wright para medir la capacidad inspiratoria en el post-operatorio. Y con ello contribuir en la salud y en la recuperación post-quirúrgica en el paciente brindando así una atención de calidad.			
ADJUNTO PDF:	☒ SI		☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0981078459 0959261011		E-mail: yulitap_92@hotmail.com elinger_emx@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Secretaría de la Escuela de Tecnología médica Teléfono: 2-282202 E-mail: tecno-medic@hotmail.com		



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA
TERAPIA RESPIRATORIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

Guayaquil, 5 de enero del 2018

CERTIFICADO DE TUTOR REVISOR

Dr. MIGUEL VELOZ MONTENEGRO
DIRECTOR (A) DE LA CARRERA DE TERAPIA RESPIRATORIA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Envié a usted Ud. El Informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación “CIRUGÍA ABDOMINAL Y SU RELACIÓN CON LA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD INSPIRATORIA” de los estudiantes ELINGER DOMÉNICA HINOSTROZA SOLÍS Y YULY JANNETH LUCAS ALVARADO indicando han cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

El trabajo es el resultado de una investigación.
El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
El trabajo presenta una propuesta en el área del conocimiento.
El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, CERTIFICO, para los fines pertinentes que el los estudiantes (s) está (n) apto (s) para continuar con proceso de revisión final

Atentamente,

LIC. Betty Gaibor Donoso
C.I. _____



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA
TERAPIA RESPIRATORIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO
NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS**

Nosotras, Elinger Doménica Hinostroza Solís con C.I. No. 0950458745 y Yuly Janneth Lucas Alvarado con C.I. 0930042981 certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es “ **Cirugía Abdominal y su relación con la disminución de la capacidad inspiratoria en pacientes de 30 a 50 años** ” son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente.

Elinger Doménica Hinostroza Solís
C.I. No. 0950458745

Yuly Janneth Lucas Alvarado
C.I. 0930042981

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899

- Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA
TERAPIA RESPIRATORIA
UNIDAD DE TITULACIÓN

CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado Lcda. Betty Gaibor Donoso, tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por las estudiantes, Elinger Doménica Hinostroza Solís con C.I. No. 0950458745 y Yuly Janneth Lucas Alvarado con C.I. 0930042981 con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de Licenciatura en terapia respiratoria.

Se informa que el trabajo de titulación: **“Cirugía abdominal y su relación con la disminución de la capacidad inspiratoria en pacientes de 30 a 50 años en el Hospital General Guasmo Sur”**, ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa anti-plagio (URKUND) quedando el 2 % de coincidencia.

Portada UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA

TEMA: "CIRUGÍA ABDOMINAL Y SU RELACIÓN CON LA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD INSPIRATORIA EN PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR":

TESIS DE GRADO Previa a la obtención del título de: LICENCIADO EN TERAPIA RESPIRATORIA

Autores: Hinostroza Solís Elinger Doménica Lucas Alvarado Yuly Janneth

Tutora: LIC BETTY GAIBOR, MSC. GUAYAQUIL - ENERO 2018

Contraportada

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA

Lcdo. Sabando Fajardo Edwars
 C.I. _____

DEDICATORIA

Éste trabajo de investigación va dedicado a Dios y a mi familia por estar siempre conmigo y brindarme ese apoyo que necesito, aquella que supo con su amor ayudarme a mirar las cosas de otra manera, ir superando cada día los obstáculos que se me presentaban.

Dedicado a maestros que se encargaron cada día de llenarme de conocimientos y llegar a este paso importante de mi vida que es la tesis y posterior a esto la graduación.

**Elinger
Hinostroza S.**

DEDICATORIA

Este proyecto de tesis va dedicado principalmente a Dios porque me ha brindado la fe y todas las fuerzas para seguir adelante.

A mi Madre Janneth Alvarado y a mi Tío Papá Reynaldo Alvarado por su amor, trabajo y sacrificios en todos estos años gracias a ustedes eh logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy

A mi familia que con paciencia me han sabido aconsejar en los momentos difíciles me han brindado su apoyo incondicional.

Cada logro alcanzado en mi vida siempre será para ellos quienes son una pieza fundamental para seguir adelante

Yuly Lucas A.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme la vida y el llegar hasta aquí.

Agradezco a mi familia por estar ahí a mi tutora por ayudarme con paciencia y gentileza en todo este proceso. Y también a mi enamorado y mi compañera de tesis por estar a mi lado en este proyecto.

Agradezco al Hospital General Guasmo Sur por abrirme las puertas y permitirme desarrollar mi proyecto de tesis.

Finalmente agradezco a aquellos maestros que me impartieron sus conocimientos y a la Universidad Estatal de Guayaquil que me brindo la formación educativa y académica.

Elinger Hinostroza S.

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios porque cada día me llena de fuerzas para vencer los obstáculos que se me presentan en la vida, a mi familia y a su apoyo incondicional por haberme guiado y acompañado a lo largo de la carrera. A mi compañera de tesis Doménica Hinostroza. A nuestra tutora Lcda. Betty Gaibor que durante la realización de nuestro proyecto de tesis nos brindó todo su conocimiento y tiempo para la adecuada realización de tesis.

Yuly Lucas A.

TABLA DE CONTENIDO

Contraportada.....	ii
REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA	iii
CERTIFICADO DE TUTOR REVISOR	iv
LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS.....	v
CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD.....	v
DEDICATORIA	vii
DEDICATORIA	viii
AGRADECIMIENTO	ix
AGRADECIMIENTO	x
TABLA DE CONTENIDO	xi
ÍNDICE DE TABLA	xiv
INDICE DE FIGURAS.....	xv
INDICE DE ANEXOS.....	xvii
.....	xviii
RESUMEN.....	xviii
ABSTRACT.....	xix
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I.....	3
EL PROBLEMA	3
EVALUACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
SISTEMATIZACIÓN	6
OBJETIVOS.....	7
JUSTIFICACIÓN.....	8
OPERALIZACIÓN DE VARIABLES.....	9
CAPÍTULO II.....	11
MARCO TEÓRICO	11
ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	11
BASES TEÓRICAS	16
CIRUGÍA ABDOMINAL.....	16
TIPOS DE CIRUGÍA ABDOMINAL MÁS COMUNES:	17
COMPLICACIONES EN EL POST-OPERATORIO ABDOMINAL:	19
COMPLICACIONES RESPIRATORIAS.	20
COMPLICACIONES RESPIRATORIAS TARDÍAS:.....	24
CAPACIDAD INSPIRATORIA.....	24
FUNCIÓN PULMONAR	25
CAPACIDADES PULMONARES.....	26

PATRÓN RESPIRATORIO:.....	28
INTERCAMBIO GASEOSO.....	30
TRANSPORTE DE OXÍGENO.....	33
El oxígeno es transportado tanto físicamente disuelto en la sangre como ...	33
CONSUMO DE OXÍGENO (VO ₂).....	34
PERFUSIÓN.....	35
MARCO CONTEXTUAL	37
MARCO LEGAL.....	38
Según la Constitución de la República del Ecuador 2008.	38
Ley De Derechos Y Amparo Al Paciente	39
MARCO CONCEPTUAL	41
CAPÍTULO III.....	44
METODOLOGÍA.....	44
Diseño de la investigación.	44
TIPOS DE INVESTIGACIÓN.....	45
UNIVERSO Y MUESTRA	47
TÉCNICAS DE LA INVESTIGACIÓN	49
ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE TERAPIA RESPIRATORIA DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR.	52
CAPÍTULO IV	62

LA PROPUESTA	62
EJERCICIOS RESPIRATORIOS.....	63
ASISTENCIA MECÁNICA	64
MÉTODOS PARA ELIMINAR SECRECIONES.....	64
OTRAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS.....	65
OBJETIVO DE LA PROPUESTA.....	66
Conclusiones y recomendaciones.	69
Bibliografía.....	73
ANEXOS.....	75
INDICE DE ANEXO	77

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1 Variable independiente	9
Tabla 2 Variable dependiente	10
Tabla 3 Población	47
Tabla 4 Criterios de inclusión y exclusión.	48
Tabla 5 Muestra.....	49
Tabla 6 ¿Cree usted que se deba valorar la parte respiratoria y semiología pre y post cirugía abdominal?	52
Tabla 7 ¿Cree usted que deba medirse la capacidad inspiratoria con el ventilómetro de wright pre y post cirugía abdominal?	53

Tabla 8 ¿Conoce usted las indicaciones, complicaciones y contraindicaciones al realizar una prueba post cirugía abdominal utilizando el ventilómetro de wright?	54
Tabla 9 ¿Cree usted que es necesario usar el ventilómetro de wright en el post operatorio?	55
Tabla 10 ¿Considera que es necesario usar el ventilómetro de wright en el preoperatorio?	56
Tabla 11 ¿Cree usted que se deba realizar ejercicios respiratorios sin medir la capacidad inspiratoria?	57
Tabla 12 ¿Piensa usted que los ejercicios respiratorios ayudan a mejorar la capacidad inspiratoria?	58
Tabla 13 ¿Cree que una cirugía abdominal provoque complicaciones respiratorias?	59
Tabla 14 ¿Considera usted que debe medirse la capacidad inspiratoria en el post operatorio de una cirugía abdominal con dolor?	60
Tabla 15 ¿Cree usted que debe medirse la capacidad inspiratoria en el post operatorio de una cirugía abdominal antes de realizar los ejercicios respiratorios?	61

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Respiracion biot	29
Figura 2 Respiracion cheyne stokes	30
Figura 3 Respiracion de kussmaul	30

Figura 4 ¿Cree usted que se deba valorar la parte respiratoria y semiología pre y post cirugía abdominal?	52
Figura 5 ¿Cree usted que deba medirse la capacidad inspiratoria con el ventilómetro de wright pre y post cirugía abdominal?	53
Figura 6 ¿Conoce usted las indicaciones, complicaciones y contraindicaciones al realizar una prueba post cirugía abdominal utilizando el ventilómetro de wright?	54
Figura 7 ¿Cree usted que es necesario usar el ventilómetro de wright en el post operatorio?	55
Figura 8 ¿Considera que es necesario usar el ventilómetro de wright en el preoperatorio?.....	56
Figura 9 ¿Cree usted que se deba realizar ejercicios respiratorios sin medir la capacidad inspiratoria?	57
Figura 10 ¿Piensa usted que los ejercicios respiratorios ayudan a mejorar la capacidad inspiratoria?	58
Figura 11 ¿Cree que una cirugía abdominal provoque complicaciones respiratorias?	59
Figura 12 ¿Considera usted que debe medirse la capacidad inspiratoria en el post operatorio de una cirugía abdominal con dolor?	60
Figura 13 ¿Cree usted que debe medirse la capacidad inspiratoria en el post operatorio de una cirugía abdominal antes de realizar los ejercicios respiratorios?	61
Figura 14 Respiración diafragmatica	75

Figura 15 Respiración labios fruncidos	75
Figura 16 Uso del atomizador	75
Figura 17 Drenaje postural	76
Figura 18 Percusión	76

INDICE DE ANEXOS

INDICE DE ANEXOS 1 APROBACION DEL TEMA DE TESIS	77
INDICE DE ANEXOS 2 AUTORIZACION Y ACEPTACION DEL TEMA POR EL HOSP. GUASMO SUR.....	78
INDICE DE ANEXOS 3 SOLICITUD PARA ACCEDER A LAS HISTORIAS CLINICAS HGGS (CIE)	79
INDICE DE ANEXOS 4 CRONOGRAMA DE RECOLECCION DE DATOS HGGS (CIE)	80
INDICE DE ANEXOS 5 DECLARACION FINAL DE CONFIDENCIALIDAD	81
INDICE DE ANEXOS 6 RECONOCIMIENTO DE FIRMAS	83
INDICE DE ANEXOS 7 ACEPTACION DE TEMA Y RECOLECCION DE DATOS DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR.....	84
INDICE DE ANEXOS 8 ANEXO 5 RUBRICA DE EVALUCION DEL TUTOR	85
INDICE DE ANEXOS 9 ANEXO 7 REVICION FINAL	86
INDICE DE ANEXOS 10 RUBRICA DE EVALUACION TUTOR REVISOR	87
INDICE DE ANEXOS 11 ANEXO 11 CERTIFICACION DEL TUTOR REVISOR	88
INDICE DE ANEXOS 12 ENCUESTA AL PERSONAL DE TERAPIA RESPIRATORIA	89
INDICE DE ANEXOS 13 TEST DE VALORACION AL PACIENTE POST OPERATORIO	90



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA
TERAPIA RESPIRATORIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

**CIRUGÍA ABDOMINAL Y SU RELACIÓN CON LA DISMINUCIÓN DE LA
CAPACIDAD INSPIRATORIA EN PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS**

Autores: Elinger Hinostroza Solís y Yuly Lucas Alvarado.

Tutora: Lcda. Msc. Betty Gaibor Donoso

RESUMEN

En el Hospital General Guasmo Sur, dentro de la unidad de cuidados intensivos se encuentran los pacientes que son sometidos a cirugías abdominales, cuyos procedimientos quirúrgicos invasivos requieren administrar sedación, analgesia y que son inducidos a ventilación mecánica, porque disminuye la capacidad de los músculos que participan en la respiración. Luego en el post-operatorio ya extubado el paciente va a presentar disnea, dolor en la cavidad abdominal y por ello mantendrán en una sola posición. La capacidad respiratoria se encontrará disminuida y provocando complicaciones a futuro. Para la obtención de muestra se realiza recolección de datos mediante encuestas dirigidas a los profesionales de salud en terapia respiratoria, resultados que denotaron la necesidad de implementar la siguiente propuesta, una guía de cuidados respiratorios para prevenir atelectasias. También se utilizará el ventilómetro de wright para medir la capacidad inspiratoria en el post-operatorio. Y con ello contribuir en la salud y en la recuperación post-quirúrgica en el paciente brindando así una atención de calidad.

Palabras claves:

CIRUGIA	ABDOMINAL	CAPACIDAD	INSPIRATORIA	CUIDADOS
---------	-----------	-----------	--------------	----------



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA
TERAPIA RESPIRATORIA
UNIDAD DE TITULACIÓN

**ABDOMINAL SURGERY AND ITS RELATIONSHIP WITH THE
 REDUCTION OF INSPIRATORY CAPACITY IN PATIENTS FROM 30 TO 50
 YEARS OLD**

Author: Elinger Hinostroza Solís. And Yuly Janneth Lucas Alvarado.

Advisor: Lcda. Msc. Betty Gaibor Donoso.

ABSTRACT

In the Guasmo Sur General Hospital, the intensive care unit includes patients who undergo abdominal surgeries, whose invasive surgical procedures require sedation, analgesia, and mechanical ventilation, because it decreases the capacity of the muscles that participate in breathing. Then in the post-operative period extubated the patient will present dyspnea, pain in the abdominal cavity and therefore maintain in one position. The respiratory capacity will be diminished and causing complications in the future. In order to obtain a sample, data collection was carried out through surveys directed at health professionals in respiratory therapy, results that denoted the need to implement the following proposal, a respiratory care guide to prevent atelectasis. The wright ventilómetro will also be used to measure inspiratory capacity in the post-operative period. And with this contribute to health and post-surgical recovery in the patient thus providing quality care.

Keywords:

SURGERY	ABDOMINAL	CAPACITY	INSPIRATORY	CARE
---------	-----------	----------	-------------	------

INTRODUCCIÓN

“La cirugía viene siendo un componente esencial de la asistencia sanitaria en todo el mundo desde hace más de un siglo” (O.M.S, 2012)

Los pacientes que son sometidos a procedimientos quirúrgicos invasivos que requieren el uso de anestesia conlleva a enfrentar ciertos riesgos, que pueden deprimir el sistema respiratorio, se tiene en cuenta que debido a las patologías asociadas al paciente y su reserva funcional darán una respuesta concluyente, también se considera otro factor de riesgo el lugar donde se encuentre ubicado el trauma que será tratado quirúrgicamente.

Dentro del sistema respiratorio la mecánica respiratoria y la función pulmonar se verán afectadas debido a procedimientos quirúrgicos que son sometidos los pacientes, como la cirugía abdominal que causa cambios relevantes que puede desarrollar complicaciones post operatorias. Luego de este tipo de procedimientos los cambios, complicaciones, riesgos pulmonares en los postoperatorios van a variar y serán reveladores y el retorno a la normalidad en ciertos casos requiere varios días o semanas e incluso meses si su recuperación empeora el caso.

Se realiza mediciones con el ventilometro de Wright para conocer su valor antes y después de una cirugía abdominal si el paciente maneja poco volumen inspiratorio se aconseja realizar ejercicios respiratorios, (fisioterapia) antes de la operación.

Los componentes que proveen complicaciones post operatorias en el sistema respiratorio son éstos: el tiempo que dure la anestesia, que exista reducciones en la capacidad residual funcional, reducción en la capacidad inspiratoria, hipoxemia, atelectasias, cambios en la tos y en la capacidad para expectorar secreciones y en última instancia neumonía entre otros. Dichas complicaciones favorecen a aumentar la mortalidad, morbilidad, el tiempo estadía hospitalaria y costos. en el postoperatorio en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2017.

En varios estudios han demostrado que el uso de la fisioterapia ayuda a los pacientes sometidos a cirugías abdominales a intervenir las complicaciones respiratorias, sin embargo no existe un estudio que determine cuál es el tipo de cirugía que cause mayor disminución de la capacidad inspiratoria. Debido a estos resultados el uso de la fisioterapia es muy importante ya que contiene una gama de habilidades que pueden ser usadas para disminuir las ciertas complicaciones pulmonares. Por esta razón esta investigación busca describir cuales son las cirugías abdominales que causan disminución de la capacidad inspiratoria en el postoperatorio en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2017.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema:

La cirugía abdominal es un procedimiento que origina cambios en la estructura del cuerpo humano, estos cambios pueden traer consigo consecuencias o efectos no deseados.

En los pacientes post quirúrgicos de cirugía abdominal ocasionan disminución ventilatoria el riesgo de morbi-mortalidad aumenta debido a las complicaciones pulmonares el uso de fisioterapia respiratoria es significativa para prevenir mayores problemas.

Existen estudios, donde se muestra complicaciones pulmonares postoperatorias entre un 20% y un 40% de los pacientes, y afirma que la existencia de disfunción pulmonar es un hecho constante sobre todo, después de intervenciones abdominales y torácicas de cirugía mayor. (VILLALONGA, 2013).

Este estudio fue realizado por Villalonga en Barcelona en la cual demuestra que existen complicaciones después de realizar una cirugía ya sea abdominal o torácica, esto se presenta en el post operatorio en un 20% y un 40 % de estos pacientes. Por lo tanto después de una cirugía se confirma la existencia de difusión de los músculos tanto torácicos como abdominales. Se puede observar un compromiso pulmonar durante la retracción de vísceras abdominales o la colocación en Trendelenburg, estas son maniobras que pueden

eleva el diafragma lo que origina una disminución de la Capacidad residual funcional (CRF), y una posible hipoxemia. Las técnicas anestésicas regionales para la cirugía abdominal incluyen los bloqueos intradural, epidural, caudal y nervioso, siendo más frecuentemente empleada la anestesia general, que compromete la función respiratoria”.

(ortega, 2015) Señala que “las complicaciones respiratorias más comunes en cirugía son: broncoespasmo, bronco aspiración, depresión respiratoria por analgésicos, depresión respiratoria por anestesia; y en el período post quirúrgico las complicaciones. Respiratorias pueden ser desde atelectasias menores hasta síndrome de insuficiencia respiratoria en el adulto”.

Es necesario conocer cuál es el tipo de cirugía que causa disminución de la capacidad inspiratoria en pacientes sometidos a cirugía abdominal y si están siendo intervenidos o no por parte terapeuta respiratorio, Con la realización de este proyecto es posible tener un conocimiento más amplio de este tipo de pacientes y establecer un mejor abordaje que favorezca su evolución, disminuyendo las comorbilidades asociadas al tipo de cirugía al que son sometidos estos pacientes. y con ello ayudarlos a su pronta recuperación y mejorar su calidad de vida.

El siguiente estudio se encuentra dentro de la dimensión de gestión de terapia respiratoria, donde se realiza en el Hospital General Guasmo Sur, en el área de postoperatorio, en el periodo lectivo 2017.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Campo: Salud

Área: Terapia Respiratoria

Aspecto: Preventivo y educativo

Tema: Cirugía Abdominal y su relación con la Disminución de la Capacidad Inspiratoria.

Ubicación Geográfica: Av. Cacique Tomalá y callejón Eloy Alfaro.

EVALUACIÓN DEL PROBLEMA

Delimitado: Este trabajo es delimitado porque se centrará en el estudio a pacientes con cirugía abdominal y su relación con la disminución de la capacidad inspiratoria de 30 a 50 años.

Relevante: El estudio demostrará la importancia del estudio de la cirugía abdominal y su relación con la disminución de la capacidad inspiratoria y de la elaboración de una guía de cuidados respiratorios para pacientes de 30 a 50 años y prevenir atelectasias

Contextual: Esta investigación es contextual ya que enfoca una realidad social que afecta a la salud de los pacientes del Hospital General Guasmo Sur.

Factible: Es factible este estudio por lo que se llevará a cabo gracias a la accesibilidad permitida en el Hospital Guasmo Sur por parte de los directivos y del personal de salud además de los pacientes.

Claro: Esta investigación es clara porque presentará un lenguaje fácil de comprender y favorecerá la comprensión del lector.

Evidente: Es evidente porque se enfocará en una problemática actual.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿De qué manera se relaciona la cirugía abdominal con la disminución de la capacidad inspiratoria en pacientes de 30 a 50 años en el Hospital Guasmo Sur en el periodo 2017?

SISTEMATIZACIÓN

¿Cuáles son las principales fundamentaciones teóricas que sustentan la cirugía abdominal y su relación con la disminución de la capacidad inspiratoria?

¿Qué métodos y técnicas son las apropiadas en investigación que se relacionan con

La cirugía abdominal y su relación con la disminución de la capacidad inspiratoria?

¿Cuáles son los principales resultados de la aplicación de una guía de cuidado respiratorio para prevenir atelectasias en relación de la cirugía abdominal con la disminución de la capacidad inspiratoria y de qué edad son los pacientes?

¿Qué aspectos elementales se deben considerar para la elaboración de una guía de cuidados respiratorios para pacientes de 30 a 50 años y prevenir atelectasias?

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar los tipos de cirugía abdominal que se relacionan con la disminución de la capacidad inspiratoria en pacientes de 30 a 50 años en el hospital General Guasmo Sur, mediante un estudio de campo para el diseño de una guía de cuidados respiratorios para pacientes de 30 a 50 años y prevenir atelectasias.

Objetivos Específicos

- Definir las principales pautas teóricas para identificar cuáles son las cirugías abdominales más comunes, y su relación con la disminución de la capacidad inspiratoria.
- Seleccionar la técnica más efectiva para conocer la disminución de la capacidad inspiratoria por medio de un ventilómetro de Wright de la muestra objeto de investigación.
- Diseñar una guía de cuidados respiratorios dirigidos a los terapeutas respiratorios para prevenir complicaciones respiratorias que se dan en el posoperatorio de acuerdo al resultado de investigación y de la comparación.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad uno de los indicadores de calidad de atención sanitaria es la seguridad del paciente, dentro de esta incluye la prevención de efectos negativos sobre la salud del paciente, de tal manera, el cumplimiento de las actividades de terapia respiratoria en la etapa preoperatorio y postoperatorio son una de las formas de prevenir la integridad de la persona enferma, especialmente cuando la terapéutica a seguir es invasivo y traumática como lo son las cirugías abdominales.

Otras de las razones para realizar el trabajo de investigación es el realizar una guía de cuidados respiratorio para prevenir complicaciones pulmonares, se contribuirá a disminuir los riesgos en el post operatorio y su morbi-mortalidad, de este modo se dará a conocer los cuidados que el profesional de terapia respiratoria debe poner en práctica con la atención que se le brinde al paciente en el postoperatorio.

Para concluir, el brindar los cuidados de terapia respiratoria de manera ordenada y con calidad disminuyen los riesgo y previenen complicaciones en el postoperatorio, mediante esta investigación se desea compartir los conocimientos obtenidos a los demás compañeros con el objetivo de disminuir complicaciones al momento de intervenir en eventos o procedimientos buscando la satisfacción y seguridad de los pacientes

OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

TABLA 1 Variable independiente

VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	BIBLIOGRAFÍA
<u>VARIABLE INDEPENDIENTE</u> CIRUGÍA ABDOMINAL	Procedimiento invasivo quirúrgico que se realiza mediante diversas técnicas de abordaje en la cavidad abdominal	Tipos de cirugía abdominal más común.	Cirugía abdominal abierta. • Colectomías • Apendicectomía • Colostomías	Tratado de cirugía de Sabiston 19va edición
		Complicaciones en el post-operatorio abdominal.	• Arritmias • Shock post-operatorio • Complicaciones respiratorias • Complicaciones respiratorias tardías.	Manual de medicina intensiva 5ta edición pág. 518

Elaborado Por: Elinger Hinojosa Solís Y Yuly Lucas A.

TABLA 2 VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES
<u>VARIABLE</u> <u>DEPENDIENTE:</u> CAPACIDAD INSPIRATORIA	Cantidad de aire que ingresa y queda en los pulmones mediante el mecanismo de inspiración.	Función pulmonar	• Volúmenes pulmonares • Capacidades pulmonares
		Patrón respiratorio	• Biot • Chayne – Stockes • Kussmaul
		Intercambio gaseoso	• Difusión • Perfusión • Relación V/Q • Transporte de oxígeno • Consumo de oxígeno

Elaborado por: Hinostroza Solís Elinger y Lucas Alvarado Yuly

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Lizet Espinoza, Pablo Gallego, Diego Murillo Universidad del Valle Santiago de Cali tema: Se realizó un estudio en el año 2014 con el fin de estudiar las complicaciones respiratorias en el post operatorio en pacientes que son sometidos a una cirugía abdominal.

En un cohorte de 68 pacientes que fueron sometidos a una cirugía abdominal alta que es un procedimiento quirúrgico invasivo, por medio de un estudio descriptivo retrospectivo, que solo fueron seleccionados aquellos que cumplan los criterios de inclusión en periodo de septiembre del 2012 y 2013, el medio que utilizaron una correcta anamnesis en la cual pudieron obtener la mayor información posible para conocer más a los pacientes y examen complementario como el estándar de tórax que ayudaba a confirmar o descartar un diagnóstico.

El efecto de dicho estudio logra obtener cuales fueron las complicaciones respiratorias de mayor relevancia se evidenciaron complicaciones extrapulmonares: en un 24% el derrame pleural y un 15% el neumotórax; complicaciones intrapulmonares: se presenta en un 24% atelectasias y en un 12% neumonías. En cambio las técnicas de fisioterapia del tórax que fueron utilizadas con mayor frecuencia dentro del hospital en el área de cuidado intensivo, las técnicas que permiten el desbloqueo de los bronquios y la ayuda

del aerosol terapia fueron las siguientes: en un 76% la micronebulización, la aspiración de secreciones se mostró en un 61%. También para disminuir las complicaciones respiratorias se utilizó la técnica como drenaje postural en un 24%, en un 5% vibración, 5% percusión, tos 15% e inhala terapia 2% dichas técnicas ayudan a movilizar las secreciones bronquiales, ayudan a mejorar la ventilación y previene mayores complicaciones respiratorias, mientras tanto dentro de las maniobras de re expansión pulmonar la ventilación mecánica no invasiva se mostró en un 24%, ejercicios respiratorios en 68%, e inspirómetro incentivo 6%, estas últimas ayudan a la mecánica ventilatoria, a mejorar la oxigenación, mejora la movilidad de la caja torácica; se recalcó que en varios pacientes combinaron las técnicas.

Es muy importante para el desarrollo de este tema de investigación porque permite conocer las incidencias de las complicaciones respiratorias que son provocadas por procedimientos invasivos como la cirugía abdominal alta, de esta forma sirve de ayuda para realizar esta guía.

Lozada Isabel y Viveros María (Universidad Católica Santiago de Guayaquil) Ecuador tema: Actuación de enfermería en el pre-operatorio en pacientes con cirugías abdominales en el servicio de cirugía de un Hospital público de Guayaquil. De mayo a septiembre del año 2016.

Los pacientes con patologías abdominales que requieren tratamiento quirúrgico deben pasar por la etapa preoperatoria, en la cual la actuación del

personal de enfermería estará enfocada en la preparación intestinal, educación sanitaria, brindar información acerca del procedimiento.

Objetivo.- determinar las actividades de Enfermería en el pre-operatorio en pacientes con cirugías abdominales realizadas en el servicio de cirugía de un Hospital público de la ciudad de Guayaquil. Metodología.- Es una investigación de tipo descriptiva, cualitativa, transversal y observacional.

Universo.- 20 personas que integran el personal de salud. Instrumento.- se utiliza una matriz de recolección de información y guía de observación directa que es aplicada a las enfermeras que brindan cuidados en el servicio antes mencionado.

Resultados.- se determina el incumplimiento de ciertas actividades dando como resultados que el 35% desconocen la técnica básica del corte del vello, 90% no realiza preparación psicológica la cual es importante para lograr una atención de calidad.

Conclusión.- en cuanto a la actuación del personal de Enfermería se tiene que cumple parcialmente las actividades de preparación en el preoperatorio y desconocen o poseen información desactualizada acerca de los procedimientos que se realizan en dicha etapa, cierto déficit aumenta el riesgo de complicaciones en dichos pacientes.

Es de gran ayuda porque le explica al paciente el procedimiento que se le va a realizar y se indica educación sanitaria posterior a esto se lo prepara para la cirugía.

Orley Leonardo Universidad de Guayaquil Ecuador Guayaquil, tema protocolo de atención de enfermería a pacientes con dolor abdominal agudo quirúrgico, área de emergencia del Hospital Jipijapa en el año 2014.

Es necesaria para este desarrollo de este trabajo de investigación ya que proporciona conocimientos de cómo informarle al paciente el procedimiento al que se verá sometido, da instrucciones de uso sanitario luego de estas indicaciones se lo prepara para la cirugía.

En el Hospital de Jipijapa de la provincia de Manabí se realizó una investigación, cuyo problema principal fue la no existencia de un protocolo de atención de enfermería para un adecuado proceder y restablecimiento de los pacientes con dolor abdominal agudo quirúrgico atendidos en el Hospital de Jipijapa, cuyo objetivo general fue proponer un Protocolo de Atención de Enfermería en Pacientes con dolor abdominal agudo quirúrgico; y los objetivos específicos fueron determinar la prevalencia de dolor abdominal agudo quirúrgico, establecer las causas del dolor abdominal agudo quirúrgico, identificar las características, experiencias y formación académica del personal de enfermería del Hospital Jipijapa, evaluar el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre la atención a pacientes con dolor abdominal agudo quirúrgico y diseñar un Protocolo de Atención de Enfermería para la atención adecuada a los pacientes.

El tipo de investigación fue descriptiva, el diseño transversal y no experimental. El período de investigación fue de Enero a Junio del 2013. El universo y muestra

lo constituyeron 50 Licenciados/as en Enfermería del Hospital. Los resultados estuvieron encaminados a la aplicación de un Protocolo de atención para pacientes con dolor abdominal agudo quirúrgico con el fin de mejorar la capacidad de respuesta para este tipo de emergencias proporcionando una adecuada atención y los cuidados específicos que consiga evitar complicaciones, o hasta la muerte del paciente debida a lesiones intra-abdominales.

Se tomó de muestra 50 licenciados en dicho hospital se realizó un estudio con datos de aquellos pacientes con dolor abdominal agudo que fueron sometidos a un procedimiento invasivo quirúrgico; cirugía abdominal todo esto se hizo para mejorar el conocimiento de los enfermeros, la capacidad de evitar complicaciones, y brindar una atención adecuada este tipo de emergencias e incluso dar los cuidados hasta la muerte del paciente ocasionada por lesiones intra abdominales.

BASES TEÓRICAS

CIRUGÍA ABDOMINAL

Es un procedimiento quirúrgico que consiste en cortar la pared del abdomen para acceder. Procedimiento invasivo por lo general se lleva a cabo en realizar un corte en la pared abdominal para esto el paciente debe encontrarse bajo dos tipos de anestesia: general o regional y asistencia de un ventilador mecánico y brindar apoyo respiratorio, corriendo riesgo para la vida del mismo o dejar en grave discapacidad el tiempo de recuperarse debido a estos riesgos puede durar entre unos cuantos días o semanas.

Dicha cirugía trae consigo complicaciones que varían debido a la técnica que se aplica para cada intervención quirúrgica, afectando la anatomía y su función entre otros puede causar morbilidad y dentro del área del post operatorio la muerte.

Por ejemplo, la mecánica y la función pulmonar es uno de los componentes que más se ve comprometidos con este tipo de intervención conduciendo a modificación de los mecanismos de defensa, retención y acumulación de secreciones, disminución de la movilidad diafragmática, reducción de la eficacia de la tos, incremento en la frecuencia respiratoria, cambios en la relación ventilación perfusión, reducción de los volúmenes y capacidades pulmonares. Las complicaciones más comunes debido a esos cambios son atelectasias, hipoxemia y neumonía que afectan alrededor del 80% de los pacientes sometidos a cirugía abdominal.

En el paciente que es sometido a un procedimiento invasivo quirúrgico el cual requiere administración de anestesia y la ayuda de un ventilador mecánico que servirá de apoyo respiratorio, dentro de lo que comprende el sistema respiratorio la mecánica ventilatoria y su función pulmonar debido a estos procedimientos quirúrgicos se ven ampliamente implicados y provoca cambios en la movilización del diafragma, disminución de del reflujo tusígeno, aumento de la frecuencia respiratoria, alteración en la relación ventilación y perfusión, disminución de los volúmenes y capacidades pulmonares. De manera frecuente se presenta neumonía en un 80% de aquellos pacientes inducidos a la cirugía abdominal, también ocasiona atelectasias e hipoxemias, dificultando la pronta recuperación y aumentando la estancia hospitalaria y en casos mayores hasta la muerte.

TIPOS DE CIRUGÍA ABDOMINAL MÁS COMUNES:

Colecistectomía abierta

Se realiza una pequeña incisión, en el lado derecho del abdomen debajo del borde de las costillas. El hígado se mueve para exponer la vesícula. Las venas y los conductos biliares (arteria y conducto cístico) se deben cortar y se extrae la vesícula. El colédoco (conducto común de bilis) se examina para comprobar la presencia de cálculos o posibles bloqueos.

Los riesgos de la colecistectomía son los de cualquier intervención bajo anestesia general:

- Reacciones a la medicación
- Problemas respiratorios

- Hemorragias
- Infecciones

Para su desarrollo se ejecuta un corte del lado derecho abdominal por debajo de las costillas, para poder visualizar la vesícula se aparta el hígado, para extraerla se procede a cortar las venas y los conductos biliares luego de esto se explora el colédoco y se inspecciona para observar y analizar si existe bloqueos o cálculos. Como toda cirugía se expone a experimentar riesgos posteriores a la aplicación de anestesia general como son: reacciones adversas a los medicamentos, alteraciones en el sistema respiratorio, puede presentar hemorragias y infecciones.

Apendicetomías:

El apéndice es un órgano pequeño en forma de dedo que se extiende desde la primera parte del intestino grueso. Cuando se inflama toma el nombre de apendicitis debido a esta molestia requiere ser extraída, puede provocar complicaciones e incluso afectar otros órganos dentro de la cavidad abdominal causando hasta la muerte.

Las indicaciones de una apendicectomía abierta son: que su apéndice se haya roto y la infección se esparciera a otros órganos esto y de esta forma el cirujano pueda realizar una correcta asepsia, si el paciente ha tenido antecedentes quirúrgicos en la región abdominal. Él medico procede a hacer un corte en el lugar donde anatómicamente se encuentra la apéndice que es del lado derecho

inferior del abdomen se extirpa la apéndice y se procede a suturar para que la herida cierre.

Colostomía

Colostomía es un tipo de estoma, Este procedimiento consiste en realizar una abertura mediante una cirugía que unirá el colon a la pared abdominal que sirve de tratamiento para el cáncer de colon o de ano. De esta forma el tránsito intestinal es derivado hacia el exterior y el producto fecal. En la antigüedad se llamaba ano artificial y en lo que se parecía era que permitía el paso de los excrementos posterior a este procedimiento existe la posibilidad de retribuir la función del intestino a esto se le llama anastomosis.

COMPLICACIONES EN EL POST-OPERATORIO ABDOMINAL:

Arritmias

Se denomina arritmias cuando se altera el ritmo cardíaco. Las alteraciones del ritmo cardíaco se clasifican en dos: cuando el corazón tiene la capacidad de producir latidos rápidos a esto se lo conoce como taquicardia, cuando genera latidos de una manera lenta se le denomina bradicardia.

Shock post-operatorio

El shock postoperatorio puede presentarse bajo la forma hipovolémica y normovolémica. Ejemplo del primer tipo, que es secundario a la disminución del volumen circulante por pérdida sanguínea o de plasma, es el causado por la hemorragia procedente de la herida, por la hemorragia que cae en la luz intestinal o por la que

Inunda la cavidad peritoneal. A éstas hay que agregar las pérdidas en el "tercer espacio" que se observan en las peritonitis y en la obstrucción mecánica del intestino.

COMPLICACIONES RESPIRATORIAS.

Las complicaciones respiratorias postoperatorias (CRP), a pesar de los que se una o se administra anestésicos en la cirugía, son un elemento importante en la morbilidad postoperatoria. Estudios con grandes series de pacientes sitúan la aparición de CRP alrededor del 5 %, porcentaje que se incrementa hasta el 32 % en pacientes sometidos a cirugía mayor abdominal alta y cirugía torácica, con una mortalidad del 15 %, que llega hasta el 27 % cuando estos procedimientos tienen que realizarse de emergencia.

La función pulmonar es uno de los componentes que más se ve comprometidos en los tipos de intervenciones quirúrgica abdominal conduciendo mecanismo de defensa, retención y acumulación de secreciones, disminución de la movilidad diafragmática, reducción de la eficacia de la tos, incremento en la frecuencia respiratoria, cambios en la relación ventilación perfusión, reducción de los volúmenes y capacidades pulmonares.

Las atelectasias, hipoxemia y neumonía son generalmente las alteraciones más frecuentes afectando en un porcentaje del 80% a los pacientes inducidos a la cirugía abdominal, durante esta cirugía la capacidad residual funcional se encontrara disminuida, este procedimiento causa dolor debido a la separación

muscular del abdomen, por lo tanto la movilidad del diafragma se encuentra disminuida, y la función ventilatoria se encontrara disminuida.

Hipoxemia.

Es la disminución parcial de oxígeno en la sangre arterial, en las cuales las causas son:

- disminución de la presión inspiratoria de oxígeno
- hiperventilación alveolar
- alteraciones en la difusión
- alteraciones ventilación /perfusión y
- shunt intra pulmonar,

Dentro de los tipos de hipoxemia se encuentran:

Es la disminución parcial de oxígeno en la sangre arterial, en las cuales las causas son:

Hipoxemia por hipo ventilación:

Aunque la ventilación y la oxigenación son dos fenómenos diferentes, siempre interactúan entre sí, donde las modificaciones de uno afectan al otro y esta situación, se ve claramente expresada en la ecuación de gas alveolar

$$PAO_2: (P. \text{ Atmosférica} - P \text{ Vapor de agua}) FiO_2 - PACO_2/R$$

por lo tanto, los incrementos de la $PACO_2$ por hipo ventilación, producirá siempre disminución de la PAO_2 , es decir se produce hipoxemia, además una serie de eventos como: vasoconstricción pulmonar hipóxica, disminución de la saturación de oxígeno , disminución en el contenido arterial de oxígeno, (CaO_2)

este produce disminución del transporte de oxígeno, que se traduce en hipoxia y en acidosis metabólica.

Hipoxemia por trastorno de la difusión:

La ley de FICK de la difusión, es el sustento científico de los fenómenos de intercambio gaseoso, la diferencia de presiones a cada lado de la membrana, debe ser lo suficientemente amplia, para favorecer el intercambio gaseoso, la aparición de este tipo de hipoxemia está relacionada con trastornos que cursen con disminución de la superficie de difusión, o aumento del espesor de la membrana, en este tipo de hipoxemia, el paciente compensa con la hiperventilación que conduce a alcalosis respiratoria, la administración de oxígeno suplementario, además de corregir la hipoxemia, producirá disminución del trabajo respiratorio y normalización de los niveles de CO₂.

Hipoxemia por desequilibrio en la relación V/Q.

Fisiológicamente existen diferencias regionales en la ventilación y en la perfusión, debido a los distintos valores de presión intrapleurales en cada zona del pulmón, donde la zona mejor ventilada y mejor perfundida es la base, se pueden expresar claramente en las zonas de West, la disminución de la relación V/Q por disminución de la V en cualquier parte del pulmón, conduce a hipoxemia e hipercapnia, mientras que el aumento de la relación V/Q conducen a hipercapnia por incrementos en el espacio muerto pulmonar, las alteraciones V/Q presentan cierto grado de complejidad, más aun en el paciente en estado crítico, que permanece en posición de decúbito prolongado, la administración de O₂ suplementario generalmente tiene una respuesta adecuada.

Hipoxemia por incrementos del Shunt.

El shunt, está conformado por la fracción de sangre venosa, que no participa en el intercambio gaseoso o también se puede decir, que son las unidades pulmonares bien perfundidas y mal ventiladas, cualquier evento patológico que excluya unidades alveolares del intercambio gaseoso, el valor del shunt se incrementa de manera directamente proporcional al número de unidades comprometidas, la hipoxemia resultante del shunt, se convierte en una 17 situación de difícil manejo, puesto que esta no responde a la administración de O₂ y termina realizando una hipoxemia refractaria.

Neumonía la neumonía, puede definirse como una lesión inflamatoria pulmonar, en respuesta a la llegada de microorganismos a la vía aérea distal y parénquima. Esta infección de los alvéolos y el intersticio del pulmón, se manifiestan por aumento de peso de dicho órgano, sustitución de su trama esponjosa normal por zonas de consolidación y presencia de leucocitos, eritrocitos y fibrina dentro de los alvéolos la histología de la neumonía, depende del momento de evolución, del agente causal y de ciertas condiciones del huésped.

La neumonía se caracteriza por signos y síntomas como: escalofríos, tos, dolor pleurítico, producción de esputo, hipertermia o hipotermia, taquipnea, matidez a la percusión, respiración bronquial, egofonía, estertores crepitantes, sibilancias, roce pleural), infiltrado nuevo en la radiografía de tórax. La neumonía se clasifica de acuerdo a su origen en adquirida en la comunidad (NAC). Y nosocomial o intrahospitalaria (NN), de acuerdo a su etiología las clasifica en neumonía viral,

bacteriana, por microorganismos atípicos, hongos y parásitos. La neumonía puede ser una enfermedad grave si no se detecta a tiempo y puede llegar a ser mortal.

COMPLICACIONES RESPIRATORIAS TARDÍAS:

Entre las complicaciones de la cirugía gástrica deben incluirse el "dumping", el síndrome del asa aferente, la diarrea, la malabsorción, el síndrome del asa ciega.

La atelectasia es la más frecuente de ellas y puede ocurrir con la anestesia local, raquídea o general, aunque es más comúnmente observada con la última. La neumonía, ya sea en un tipo lobar o bronconeumónico, se dice que se está presentando menos frecuentemente, probablemente debido a una mejor preparación preoperatoria y, sobre todo, a cuidados profilácticos de parte del anesthesiólogo- Relacionados con la neumonía cabe mencionar la instalación de un empiema pleural post-neumónico y el absceso pulmonar.

El absceso pulmonar puede, asimismo, resultar de aspiración bronquial durante la recuperación de la anestesia y frecuentemente se localiza en el segmento posterior del lóbulo superior derecho.

CAPACIDAD INSPIRATORIA

Al describir los procesos del ciclo pulmonar, a veces es deseable considerar juntos dos o más volúmenes pulmonares, estas combinaciones de volúmenes son llamados no capacidades pulmonares:

Capacidad inspiratoria (CI) Es la cantidad de aire que una persona puede respirar comenzando en el nivel de una espiración normal y distendiendo al máximo sus pulmones (3.500 ml aproximadamente). $CI = VC + VRI$

FUNCIÓN PULMONAR

El volumen de aire que se moviliza en la ventilación es variable y depende de los movimientos realizados y de la elasticidad pulmonar. La suma de distintos volúmenes permite obtener las capacidades pulmonares.

Volúmenes pulmonares.

Cristancho (2014) afirma que los pulmones son capaces de contener y movilizar volúmenes gaseosos gracias a sus propiedades mecánicas.

En la fase inspiratoria normal ingresa el pulmón un volumen de aire que en condiciones normales tiene un valor aproximado de 6ml/kg. Es el denominado “volumen corriente” (VT, por su sinónimo “volumen tidal”), el cual se desplaza entre dos niveles. “El nivel inspiratorio de reposo” (NIR) y el “nivel espiratorio de reposo” (NER)

A partir del nivel inspiratorio de reposo es posible, mediante trabajo muscular, incrementar la cantidad de aire que ingresa a los pulmones.

Este incremento está limitado por el “nivel inspiratorio máximo” (NIM) lo que determina un volumen de gas llamado “Volumen de reserva inspiratorio” (VRI) el volumen de reserva inspiratorio es el máximo volumen de aire q se puede llevar a los pulmones después de una inspiración normal.

Volumen corriente. Es el volumen de aire que una persona inspira y espira en una respiración normal; la cual es de 500 ml.

Volumen de reserva inspiratoria.

Es el volumen de aire que ingresa al pulmón en una inspiración forzada que sigue a una inspiración normal; corresponde a 3.000 ml.

Volumen de reserva espiratoria.

Es el volumen que se puede expulsar en una espiración forzada, después de una espiración normal. Son unos 1.100 ml.

Volumen residual.

Dentro de los pulmones habita una cantidad de unos 1200 ml de aire que no se puede expulsar ni realizando una espiración forzada a esto se lo denomina volumen residual.

CAPACIDADES PULMONARES.

Al realizar una combinación de todos los volúmenes pulmonares anteriormente escritos se logra establecer las capacidades pulmonares.

Capacidad vital.

Es la mayor cantidad de aire que puede ser espirada después de un esfuerzo espiratorio máximo. Es la suma del volumen corriente y los volúmenes de reserva inspiratoria y espiratoria. Equivale a 4.600 ml.

Capacidad inspiratoria.

La capacidad inspiratoria es el volumen que puede ser inspirado después de una espiración normal, es decir desde capacidad residual funcional (FRC).

Capacidad residual funcional.

Es el volumen de gas que queda en el pulmón después de una espiración normal. El volumen residual es el volumen de gas que queda después de una espiración máxima.

Capacidad de cierre.

Es el volumen pulmonar por debajo del cual aparece el fenómeno de cierre de la vía aérea durante la maniobra de una espiración máxima lenta.

Capacidad pulmonar total.

Todos los volúmenes suman una capacidad pulmonar total de 5.800 ml. Los volúmenes pulmonares son aproximadamente un 20% menores en la mujer que en el varón.

Si se multiplica la frecuencia por el volumen corriente, se obtiene la cantidad de aire que los pulmones renuevan en 1 minuto, la que equivale a 6 litros.

Alteraciones postoperatorias de la función pulmonar:

- Modificación de la mecánica respiratoria
- Modificación del patrón respiratorio
- Modificación del intercambio gaseoso
- Modificación de los mecanismos de defensa
- Disquinesia diafragmática.

Ello va a conducir a un estado de bajos volúmenes pulmonares, produciéndose consecuentemente:

- Hipoxemia (segunda alteraciones de la ventilación/perfusión (V/P)
- Acumulo de secreciones y aparición de atelectasia

- Posterior sobreinfección respiratoria si no se previene y se trata.

PATRÓN RESPIRATORIO:

El centro de la respiración se produce en el tronco cefálico, existen patrones respiratorios que sirven de ayuda para localizar la zona de la lesión y puede ayudar a definir el origen.

Respiración de Biot.

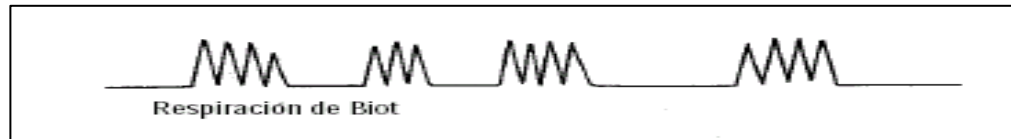
Respiración rítmica, interrumpida por períodos de apnea. Cuando la alteración es extrema comprometiendo ritmo amplitud, se denomina respiración atáxica. Ambas formas se observan en lesiones graves del sistema nervioso central. Tiene ritmo y frecuencia irregular, normalmente causada por lesiones bulbares.

La combinación de respiración atáxica y parálisis bilateral del VI par craneal, es un signo de aviso de compresión inminente del tronco cerebral, causada por la presencia de una lesión expansiva en la fosa posterior. Este signo es importante puesto que la compresión del tronco cerebral, puede causar una brusca desaparición de la respiración o de la presión arterial. La respiración atáxica y la respiración jadeante son signos de lesión del tronco cerebral inferior que, con frecuencia, anuncian una muerte inminente del paciente.

Se denomina así cuando hay interrupción por periodos de cese de aire, cuando el ritmo de la amplitud se ve complicado, también se llama respiración atáxica en ellas se encuentran graves alteraciones del sistema nervioso central también produce lesiones bulbares. Cuando en la fosa posterior se presenta una

conjugación de esta respiración más una parálisis bilateral de cuarto par craneal se muestra en forma de advertencia de que existe presión del tronco cerebral. Dentro de la semiología se la conoce como la respiración jadeante que dan ciertos signos que se muestran frecuentemente y predicen la muerte.

Figura 1 Respiración Biot



Fuente: <http://utesasqygabrielrdelgado.blogspot.com/2015/07/examen-del-torax.html>

Respiración periódica de Cheyne-Stokes

Se caracteriza porque después de apneas de 20 a 30 segundos de duración, la amplitud de la respiración va aumentando progresivamente y, después de llegar a un máximo, disminuye hasta llegar a un nuevo período de apnea. Esta secuencia se repite sucesivamente. Se observa en insuficiencia cardíaca y algunas lesiones del sistema nervioso central.

La respiración de Cheyne-Stokes, posee unos rasgos propios que le confiere entidad por sí misma. Se caracteriza por un período de hiper apnea con ascenso gradual del volumen corriente que, tras llegar a un máximo, desciende también de forma gradual, siguiéndose de un período de apnea o de hipo apnea. Estos períodos de hiper apnea y apnea-hipo apnea se van repitiendo de forma cíclica a lo largo de parte o todo el tiempo.

Se la conoce debido al aumento gradualmente luego llega a un máximo posterior a esto disminuye hasta reincidir a periodos de cese de respiración, se

la reconoce por que se intercambian entre periodos de aumentos de apneas o disminución de la misma y se presenta de forma cíclica.

Figura 2 Respiración Cheyne Stokes



<http://utesasqygabrielrdelgado.blogspot.com/2015/07/examen-del-torax.html>

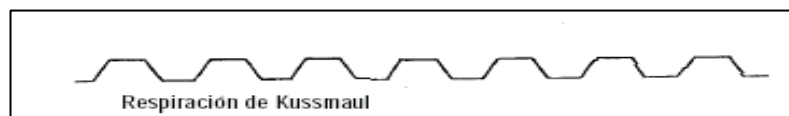
Respiración de Kussmaul.

Es una respiración de mayor amplitud. Se observa en acidosis metabólica (ej.: cetoacidosis diabética, insuficiencia renal crónica descompensada).

La respiración neurógena central es rápida (40-70 respiraciones/minuto) y, por lo general, se debe a lesiones tegumentarias de la zona central de la protuberancia situadas justo por delante de acueducto o del cuarto ventrículo. También llamada respiración de Kussmaul, esta es profunda, regular, y se observa en pacientes con acidosis metabólica.

Esta respiración suele ser característica de la acidosis metabólica, esta se manifiesta de forma profunda y regular.

Figura 3 Respiración De Kussmaul



Fuente: <http://utesasqygabrielrdelgado.blogspot.com/2015/07/examen-del-torax.html>

INTERCAMBIO GASEOSO.

El fin del intercambio gaseoso en los pulmones es dar paso a la transmisión del oxígeno desde el alveolo hacia el torrente sanguíneo y viceversa de dióxido de carbono desde la sangre hasta el exterior mediante el mecanismo de difusión.

El mecanismo de intercambio gaseoso correcto del organismo con el exterior presenta dos etapas: ventilación pulmonar e intercambio de gases en los pulmones.

Ventilación pulmonar:

Se le llama ventilación pulmonar al conjunto de procesos que hacen fluir el aire entre la atmósfera y los alvéolos pulmonares a través de los actos alternantes de la inspiración y la respiración. Los factores que intervienen en esta mecánica son las vías aéreas internas, el diafragma, la cavidad torácica formada por la columna vertebral, el esternón y las costillas, así como la musculatura asociada.

La ventilación se lleva a cabo por los músculos que cambian el volumen de la cavidad torácica, y al hacerlo crean presiones negativas y positivas que mueven el aire adentro y afuera de los pulmones. Durante la respiración normal, en reposo, la inspiración es activa, mientras que la espiración es pasiva. El diafragma, que provoca el movimiento de la caja torácica hacia abajo y hacia afuera, cambiando el tamaño de la cavidad torácica en la dirección horizontal, es el principal músculo inspiratorio. Otros músculos que participan en la ventilación son: los músculos intercostales, los abdominales y los músculos accesorios.

La conformación ósea y la parte muscular de la caja torácica y del abdomen alto como lo es el diafragma forman parte grandes pasos que se dan entre la atmosfera y los alvéolos mediante la inspiración y espiración creando presiones negativas y positivas que llevan el aire hacia dentro y viceversa. Cuando el

paciente no se encuentra realizando algún ejercicio, sino que está en reposo la inspiración es activa en cambio la espiración suele ser pasiva.

Difusión.

Es un proceso pasivo que no consume energía, y que se realiza de una manera muy rápida (0'25 segundos), lo que posibilita que las concentraciones de gases de la sangre arterial se igualen a las del aire alveolar. El área de intercambio está directamente relacionada con la velocidad de difusión. Así, a mayor área mayor velocidad de difusión. Este factor está relacionado con la proporción espacio muerto fisiológico/volumen tidal, de manera que si este cociente aumenta, el área de intercambio y la velocidad de difusión disminuyen. Existen diferencias entre especies en cuanto al tamaño del alvéolo que también modifica el área de intercambio, así el caballo tiene un alvéolo de tamaño más pequeño que el de la vaca, de manera que presenta más superficie de intercambio por unidad de volumen de tejido pulmonar y en consecuencia una velocidad de difusión mayor.

La diferencia de presión parcial (Δ Presión) del gas que se intercambia. En condiciones normales la diferencia de presión es de unos 60 mm Hg para el O₂ y tan solo de unos 6 mm Hg para CO₂. Pero estos valores pueden verse modificados fundamentalmente por la calidad del aire inspirado, la ventilación y la perfusión del alvéolo.

Las características de cada gas (D). Depende de la solubilidad del gas y de su peso molecular. El CO₂ es mucho más soluble en soluciones acuosas que el O₂, de forma que tiene una velocidad de difusión unas 20 veces más rápidas. El

grosor de la barrera entre aire y sangre. De forma normal el espacio a atravesar es muy reducido, en los casos de edema pulmonar, se acumula líquido en el espacio intersticial, aumenta la distancia a recorrer por los gases y por tanto la velocidad de difusión decrece.

Relación ventilación-perfusión: Las presiones parciales alveolares de los gases dependen no sólo de la ventilación alveolar sino también del grado de irrigación que tenga ese alvéolo. La relación entre ambos parámetros se abrevia VA/Q. De acuerdo la relación entre la ventilación y perfusión de los alvéolos podemos encontrar tres situaciones:

Zonas hiperventiladas/hipoperfundidas, que presentan altos valores de VA/Q.

Da como resultado que la sangre arterial que procede de esas zonas presenta una PO₂ arterial superior a la normal (>100 mm Hg) y la PCO₂ está disminuida. Es el mecanismo regulador de esta relación ventilación perfusión, mediante unos mediadores no bien conocidos. Cuando se detecta una baja concentración de O₂ en el alvéolo (en zonas hipoventiladas /hiperperfundidas), se produce la contracción del músculo liso de arteriolas de la zona y en consecuencia la sangre pasa a zona con mejor relación ventilación/perfusión

TRANSPORTE DE OXÍGENO.

El oxígeno es transportado tanto físicamente disuelto en la sangre como químicamente combinado con la hemoglobina en los eritrocitos; en circunstancias normales mucho más oxígeno es transportado combinado con hemoglobina que físicamente disuelto en la sangre, ya que, sin hemoglobina, el

sistema cardiovascular no podría proporcionar suficiente oxígeno para satisfacer las demandas de los tejidos.

Físicamente disuelto A una temperatura de 37 °C, 1 ml de plasma contiene 0.00003 ml de O₂/mmHg PO₂). La sangre entera contiene una cantidad similar de oxígeno disuelto por mililitro porque el oxígeno se disuelve en el líquido de los eritrocitos casi en la misma cantidad, por ende, la sangre arterial normal con una PO₂ de aproximadamente 100 mmHg sólo contiene alrededor de 0.003 ml de O₂/ml de sangre, o 0.3 ml de O₂/100 ml de sangre. (La cantidad de oxígeno que se manifiesta en la sangre generalmente se da en mililitros de oxígeno por 100 ml). Por tanto, el oxígeno físicamente disuelto en la sangre no puede satisfacer la demanda metabólica para oxígeno, incluso en reposo.

CONSUMO DE OXÍGENO (VO₂).

Es el volumen de oxígeno consumido por los tejidos corporales por unidad de tiempo. Se expresa en ml/min y cuando se corrige con el peso corporal se expresa en ml/kg/min. En otras palabras es la cantidad de oxígeno que es tomada de la microcirculación por los tejidos. Esta variable está determinada por los requerimientos metabólicos de oxígeno (MRO₂), que a su vez dependen de la actividad y la tasa metabólica basal. Los cambios en el nivel de VO₂ indican cambios en los niveles de la actividad metabólica. El consumo de oxígeno se puede aumentar por fiebre, sepsis, actividad muscular (en actividades tales como pelear, respirar, moverse, convulsionar o temblar). Por otra parte, el VO₂ puede

ser reducido con antipiréticos y antibióticos (en caso de fiebre o infección), sedación y relajación muscular (en reposo o durante el sueño).

Este consumo de O_2 es calculado por la ecuación de Fick como el producto del GC y de la diferencia en el contenido de oxígeno entre la sangre arterial y la sangre venosa. En reposo, el consumo de oxígeno en adulto va de 3 a 3.5 ml/kg/min. Realizando un ejercicio intenso, el VO_2 puede llegar a 60 a 70 ml/kg/min en atletas sanos.

Por medio de una operación matemática se calcula el consumo de oxígeno se produce desgaste de oxígeno cuando la persona realiza alguna actividad que requiera esfuerzos.

PERFUSIÓN

Además de recibir aire, los pulmones también necesitan nutrientes, estos son aportados por el sistema circulatorio, y además, también se encargan de saturar de oxígeno la sangre y extraer el CO_2 . Perfusión quiere decir que existe un adecuado riego sanguíneo de los capilares pulmonares. Es decir, que la sangre está llegando al alveolo capilar, para que exista el intercambio gaseoso.

La ventilación y la perfusión pulmonar son procesos discontinuos. La primera depende de la intermitencia de los movimientos respiratorios y la segunda de las variaciones entre sístole y diástole. Sin embargo, la cantidad y composición del gas alveolar contenido en la CRF amortigua estas oscilaciones y mantiene constante la transferencia de gases. El cociente global V/Q (ventilación alveolar total dividida por el gasto cardiaco) aporta poca información sobre el intercambio

gaseoso en el pulmón. Sin embargo las relaciones locales V/Q son las que realmente determinan las presiones alveolares y sanguíneas de O_2 y CO_2 .

En bipedestación, la distribución de la ventilación y la perfusión no son homogéneas (zonas de West). Por efecto gravitacional, en los vértices la ventilación es mayor que la perfusión y lo contrario ocurre en las bases. En las zonas intermedias ambos son similares. Se pueden encontrar tres patrones de relación V/Q (Figura 2):

- Áreas perfundida y no ventiladas, con $V/Q = 0$, (equivale al concepto fisiológico de cortocircuito)
- Áreas ventiladas no perfundida (espacio muerto fisiológico), que corresponde al 25% de la ventilación.
- Áreas en las que la perfusión y la ventilación son homogéneamente proporcionales, con cociente V/Q entre 3 y 10. Con el envejecimiento de produce una alteración progresiva de las relaciones V/Q .

En condiciones fisiológicas existe un pequeño cortocircuito que representa el 1% del gasto cardiaco: las venas bronquiales que drenan en las venas pulmonares, y las venas de Tebesio (coronarias), que drenan en VI. Se trata de sangre venosa mixta que drena directamente en el circuito izquierdo sin oxigenarse en el pulmón.

MARCO CONTEXTUAL

El Hospital General Guasmo Sur, donde se realizará la investigación se encuentra localizado en la ciudad de Guayaquil en la Avenida Cacique Tomalá y Callejón Eloy Alfaro se inauguró el 17 de enero de 2017.

Tiene como misión prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social.

Tiene como visión ser reconocidos por la ciudadanía como un hospital accesible, que presta una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.

El hospital cuenta con servicios de Consulta Externa, Hospitalización, Emergencia, Unidad de Cuidados Intensivos, Centro Quirúrgico y Obstétrico, Unidad de Atención del Trauma, Neonatología, Unidad de Cuidados de Enfermería, Unidad de Quemados, Unidad de Hemodiálisis, Clínica de VIH, Clínica Odontológica, Farmacia, Unidad de Urgencias. Tiene también 11 modernos quirófanos de los cuales ocho que se encuentran en función.

Tiene valores a cumplir como respeto, inclusión, vocación de servicio, integridad, compromiso y justicia.

MARCO LEGAL

Según la Constitución de la República del Ecuador 2008.

Capítulo tercero.- Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria.

Sección segunda.- Jóvenes.

Art. 39.- El Estado garantizará los derechos de las jóvenes y los jóvenes, y promoverá su efectivo ejercicio a través de políticas y programas, 15 instituciones y recursos que aseguren y mantengan de modo permanente su participación e inclusión en todos los ámbitos, en particular en los espacios del poder público.

El Estado reconocerá a las jóvenes y los jóvenes como actores estratégicos del desarrollo del país, y les garantizará la educación, salud, vivienda, recreación, deporte, tiempo libre, libertad de expresión y asociación. El Estado fomentará su incorporación al trabajo en condiciones justas y dignas, con énfasis en la capacitación, la garantía de acceso al primer empleo y la promoción de sus habilidades de emprendimiento.

Ley De Derechos Y Amparo Del Paciente. (Ley 77, Registro Oficial Suplemento 626 de 3 de Febrero de 2006.)

CONSIDERANDO:

QUE, la protección de la salud y la vida son derechos inalienables del ser humano y así los consigna la constitución Política de la República.

QUE, estos derechos sólo pueden ejercerse dentro de un marco legal que precautele la inmediata atención de las personas en casos de emergencia en los

Centros de salud.

QUE, los pacientes tienen derecho a conocer en los centro de salud, la naturaleza de sus dolencias, el diagnóstico médico y las alternativas de tratamiento, respetando su privacidad y dignidad; y, en ejercicio de sus facultades constitucionales, expide la siguiente:

Ley De Derechos Y Amparo Al Paciente

Capítulo I Definición

Art. 1.- DEFINICION DE CENTRO DE SALUD.- Centro de Salud es una entidad del sistema de servicios de salud pública o privada, establecida conforme a la Ley para prestar a las personas atención de salud integral de tipo ambulatorio y de internamiento.

Es, además, un centro de formación de personal de salud y de investigación científica. Se consideran centros de salud a:

- a) Hospitales;
- b) Clínicas;
- c) Institutos Médicos;
- d) Centros Médicos;
- e) Policlínicos; y,
- f) Dispensarios Médicos.

Capítulo II (Derechos Del Paciente)

Art. 2.- DERECHO A UNA ATENCION DIGNA.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía. Art. 3.- DERECHO A NO SER DISCRIMINADO.- Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Art. 4.- DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD.- Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

Art. 5.- DERECHO A LA INFORMACIÓN.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúense las situaciones de emergencia. El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento.

Art. 6.- DERECHO A DECIDIR.- Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.

Capítulo III (Amparo Al Paciente En Situaciones De Emergencia)

Art. 7.- SITUACION DE EMERGENCIA.- Es toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre, aéreo o acuático, accidentes o infortunios en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa, habitación, escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como los que producen heridas causadas con armas cortopunzantes, de fuego, contundentes, o cualquiera otra forma de agresión material-

Art. 8.- Todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier centro de salud, público o privado, sin necesidad de pago previo.

MARCO CONCEPTUAL

Apendicetomías: Intervención quirúrgica que consiste en retirar el apéndice.

Apendicitis: Porción intestino grueso de forma alargada y saliente.

Arritmias: cuando el corazón late rápido (taquicardia), lento (bradicardia) o de manera irregular.

Atelectasia: Cierre o colapso, sea parcial o total del pulmón. Es causada por una obstrucción de las vías aéreas (bronquios o bronquiolos) o por presión en la parte externa del pulmón.

CaO₂: Contenido arterial de oxígeno.

CO₂: Dióxido de carbono.

Colecistectomía: Intervención quirúrgica que se usa con el fin de sacar una vesícula biliar enferma.

Colostomía: Es un procedimiento quirúrgico en el que se corta un extremo del intestino grueso a través de un agujero realizada en una de las paredes del abdomen, tipo de bolsa que consiste en unir el colon con el abdomen mediante una cirugía para tratamiento del tránsito intestinal. Las heces que se movilizan a través del intestino salen por el estoma hasta la bolsa adherida al abdomen.

CRP: Complicaciones respiratorias postoperatorias.

Difusión: Paso de moléculas a través de una membrana sí que haga un aporte de energía.

FiO₂: Fracción inspiratoria de oxígeno.

FRC: Capacidad residual funcional.

Hipercapnia: Es un acrecentamiento de dióxido de carbono en la sangre, más frecuentemente, a una disminución en la ventilación pulmonar como ocurre en la insuficiencia respiratoria.

Hipoxemia: Es una disminución anormal de la presión parcial de oxígeno en la sangre arterial por debajo de 80 mmHg.

Incisión: Cisura en la zona de la piel con el bisturí.

NAC: Neumonía adquirida en la comunidad.

NIH: Neumonía intrahospitalaria.

NN: Neumonía nosocomial.

PaO₂: Presión arterial de oxígeno.

Shock: Afección de una persona cuando no recibe flujo de sangre suficiente, es decir no llega suficiente oxígeno a todo el cuerpo y como resultado provoca daños.

VIQ: Ventilación perfusión.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Diseño de la investigación.

La metodología es la vía más rápida para comprender un hecho real o fenómeno y resolver un problema de estudio. Ella se ocupa de la parte operativa del proceso del conocimiento, a ella corresponden: las técnicas, estrategias o actividades que intervienen en la investigación.

La elaboración y desarrollo de una propuesta de un modelo operativo viable, para solucionar problemas, requerimientos o necesidades de organizaciones o grupos sociales.

(RIVIERA, 2014) Menciona que: “Metodología también se refiere a la serie de métodos y técnicas de rigor científico que se aplican sistemáticamente durante un proceso de investigación para alcanzar un resultado teóricamente válido. En este sentido, la metodología funciona como el soporte conceptual que rige la manera en que aplicamos los procedimientos en una investigación (p.439)”.

Modalidad de la investigación.

Este trabajo de investigación se enmarca en la modalidad de un proyecto factible, para poderlo llevar a cabo con los recursos y en el cronograma establecido, porque permite estar en contacto con los actores de la problemática para poderlo llevarlo a cabo y dar solución a nuestra propuesta para el desarrollo y cambio de determinadas variables.

Investigación de campo.- Es la que se realiza en el mismo lugar en que se desarrollan o producen los acontecimientos, en contacto con los gestores del problema que se investiga.

(Martillo, 2014). “Como su nombre lo indica, busca encontrar causas que expliquen el comportamiento de un fenómeno. Se pueden diferenciar de las anteriores, por el hecho del poco o ningún control sobre las variables independiente, y probablemente sobre la dependiente. Es decir, que el investigador no puede manipular las causas para producir efectos, simplemente se limita a buscar datos que confirmen o le refuten sus hipótesis. (pág.) 44”.

Esta investigación es un proceso que mediante la aplicación del método científico encamina a conseguir información apreciable y fehaciente, para concebir, comprobar, corregir el conocimiento; el investigador o los investigadores no podrán maniobrar las fuentes para producir efectos, solo se delimitaran a indagar datos que corroboren o le nieguen sus suposiciones.

TIPOS DE INVESTIGACIÓN.

Investigación descriptiva.- Se la considera descriptiva porque describe el fenómeno o la situación, mediante el estudio de las características y análisis de los elementos de la problemática en estudio. No hay manipulación de variables, estas se observan y describen tal como se presentan en su ambiente natural. Su metodología es fundamentalmente descriptiva, aunque puede valerse de algunos elementos cuantitativos y cualitativos.

(Bregas, 2015) Afirma que: “El objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables (p.97)”.

Los que no indica que la investigación descriptiva es el tipo de exploración que nos permite describir conocer situaciones, hábitos y modos preponderantes por medio de la representación exacta de las acciones, objetos, métodos y personas, por lo cual no es limitada al momento de recolectar datos y nos ayuda a ir identificando la correlación que tienen nuestras variables.

Investigación bibliográfica.- La investigación bibliográfica constituye una excelente introducción a todos los otros tipos de investigación, además de que constituyen una necesaria primera etapa de todas ellas, puesto que esta proporciona el conocimiento de las investigaciones ya existentes teorías, hipótesis, experimentos, resultados usadas acerca del tema o problema que el investigador se propone a investigar o resolver.

(Mite, 2015). “La investigación bibliográfica constituye una excelente introducción a todos los otros tipos de investigación, además de que constituye una necesaria primera etapa de todas ellas, puesto que esta proporciona el conocimiento de las investigaciones a existentes teorías, hipótesis experimentos, resultados instrumentos y técnicas usadas acerca del tema o problema que el investigador se propone investigar o resolver (p 54)”. Se investigó en diferentes fuentes de consulta de tipo bibliográfico todo lo concerniente al tema de

investigación en Cirugía Abdominal y su relación con la disminución de la capacidad inspiratoria.

UNIVERSO Y MUESTRA

Población

Una población está determinada por sus características definitorias, por lo tanto, el conjunto de elementos que posea esta característica se denomina población o universo. Población es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las unidades de población poseen una característica común, la que se estudia y da origen a los datos de la investigación.

Desde luego, es de fundamental importancia comenzar el estudio definiendo la población a estudiar. La población estará conformada por 18 terapeutas respiratorios y 20 pacientes, población finita para calcular la muestra para realizar ese estudio y llegar a conclusiones generalizadas, cálculo que es desarrollado a continuación:

TABLA 3 Población

Ítem	Estratos	Población
1	Terapeutas respiratorios.	18
2	Pacientes.	20
Total		38

Fuente: Hospital General Guasmo Sur

Elaborado por: Hinostroza Solís Elinger y Lucas Alvarado Yuly

Trabajo de investigación que será realizado en el Hospital General Guasmo Sur en el área de post-operatorio, se obtuvo estratos conformados por 18 terapeutas respiratorios y 20 pacientes.

TABLA 4 Criterios de inclusión y exclusión.

Inclusión	Exclusión
Lic. Terapistas respiratorios	Personal de Enfermería
Pacientes que pertenezcan al área del post operatorio del Hospital General Guasmo Sur.	Pacientes que no pertenezcan al área donde se encuentra la entidad hospitalaria.
Edad de 30 a 50 años	Menores de 30 años
Pacientes con cirugía abdominal abierta	Pacientes con cirugía laparoscópica
Pacientes sin dolor post cirugía.	Pacientes con dolor post cirugía.

Fuente: Hospital General Guasmo Sur.

Elaborado por: Hinostroza Solís Elinger y Lucas Alvarado Yuly.

Muestra

(Tuarez, 2017). “Las muestras se obtienen con la intención de inferir propiedades de la totalidad de la población. Para lo cual deben ser representativas de la misma. Para cumplir estas características la inclusión de sujetos en la muestra debe seguir una técnica de muestreo. En tales casos, puede obtenerse una información similar a la de un estudio exhaustivo con mayor rapidez y menor costo (p. 43)”.

La muestra descansa en el principio de que las partes representan al todo y, por tal, refleja las características que definen la población de la que fue extraída, lo cual indica que es representativa. Por lo tanto, la generalización depende de

la validez y tamaño de la muestra. La selección y el tamaño de la muestra van a jugar un papel muy importante en la investigación

TABLA 5 Muestra

Ítem	Estratos	Muestra
1	Terapeutas respiratorios	11
2	Pacientes.	10
Total		21

Fuente: Hospital General Guasmo Sur.

Elaborado por: Hinostroza Solís Elinger y Lucas Alvarado Yuly.

Para la muestra se seleccionó 11 terapeutas respiratorios y 10 pacientes de la población finita que se obtuvo del Hospital General Guasmo Sur.

La muestra es no probabilística que se aplicó con la finalidad de lograr mejorar los procesos de la investigación. Puesto que la misma se eligió al azar.

(Fajardo, 2015) Afirma que: El muestreo no probabilístico es una técnica de muestreo donde las muestras se recogen en un proceso que no brinda a todos los individuos de la población iguales oportunidades de ser seleccionados (P. 54). Solo se selecciona cierta cantidad de entes de población para la muestra, mediante un proceso que no promete a todos ser elegidos; con esto se da agilidad al trabajo de investigación.

TÉCNICAS DE LA INVESTIGACIÓN

Observación.

Técnica de investigación que permite mediante los sentidos visualizar el estudio de un hecho o fenómeno.

(Hurtado, 2014) Afirma que: La observación es una actividad realizada por un ser vivo (como un ser humano) que detecta y asimila la información de un hecho, o el registro de los datos utilizando los sentidos como instrumentos principales. El término también puede referirse a cualquier dato recogido durante actividad. (P.39).

Observación nos permite descubrir y asemejar la indagación de un hecho, o en la búsqueda de aquellos datos y utilizamos los sentidos para que nos sirvan como herramientas primordiales.

Instrumentos de la recolección de datos.

La técnica de recolección de datos a utilizar es la encuesta para determinar los conocimientos y características que poseen el personal de terapia respiratoria en las salas de post operatorio del Hospital General Guasmo Sur la misma que se desarrolla por medio de un cuestionario de preguntas cerradas las cuales posteriormente serán tabuladas de manera numérica y expresadas por medio del uso de figuras y tablas estadísticas para una mejor comprensión.

Encuesta:

El cuestionario utilizado para la encuesta dirigida a los terapeutas respiratorios del hospital General Guasmo Sur consta de preguntas y selección con el fin de recolectar información sobre:

- La cirugía abdominal
- Medición en el pre y post operatorio
- Conocimiento de las complicaciones de una cirugía abdominal
- Uso del ventilómetro de wright

- Conocimiento sobre los ejercicios respiratorio.

(Sabino, 2016) establece que la encuesta es una herramienta de “Requerir información a un grupo socialmente significativo de personas acerca de los problemas en estudio para luego, mediante un proceso de investigación análisis de tipo cualitativo, sacar las conclusiones que se corresponde con los datos recogidos”.

ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE TERAPIA RESPIRATORIA DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR.

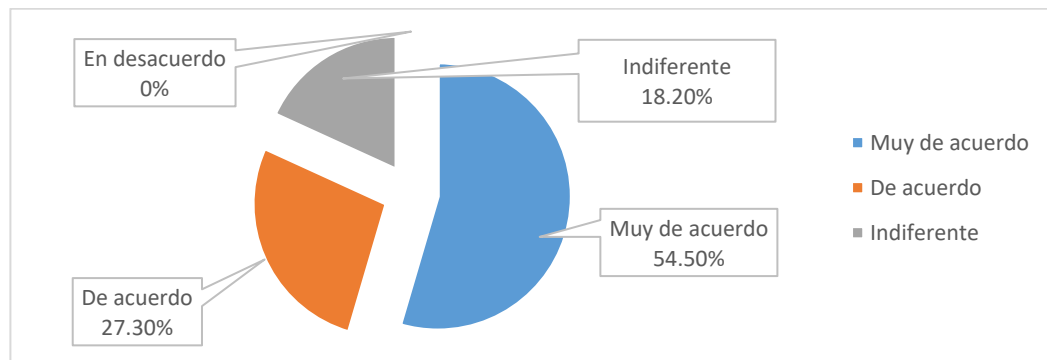
TABLA 6 ¿Cree usted que se deba valorar la parte respiratoria y semiología pre y post cirugía abdominal?

ÍTEMS	Categorías	Frecuencias	Porcentajes
1	Muy de acuerdo	6	54.50 %
2	De acuerdo	3	27.30 %
3	Indiferente	2	18.20 %
4	En desacuerdo	0	0 %
Total		11	100%

Fuente: Hospital General Guasmo Sur

Elaborado por: Hinostroza Solís Elinger y Lucas Alvarado Yuly

FIGURA 4 ¿Cree usted que se deba valorar la parte respiratoria y semiología pre y post cirugía abdominal?



Fuente: Hospital General Guasmo Sur

Elaborado por: Hinostroza Solís Elinger y Lucas Alvarado Yuly

Análisis:

Un 54.60% consideran estar muy de acuerdo en que cree que se deba valorar la parte respiratoria y semiología pre y post cirugía abdominal, el 27.30% está de acuerdo, mientras tanto un 18.20% se muestra indiferente y un 0% en desacuerdo, dando un total del 100%.

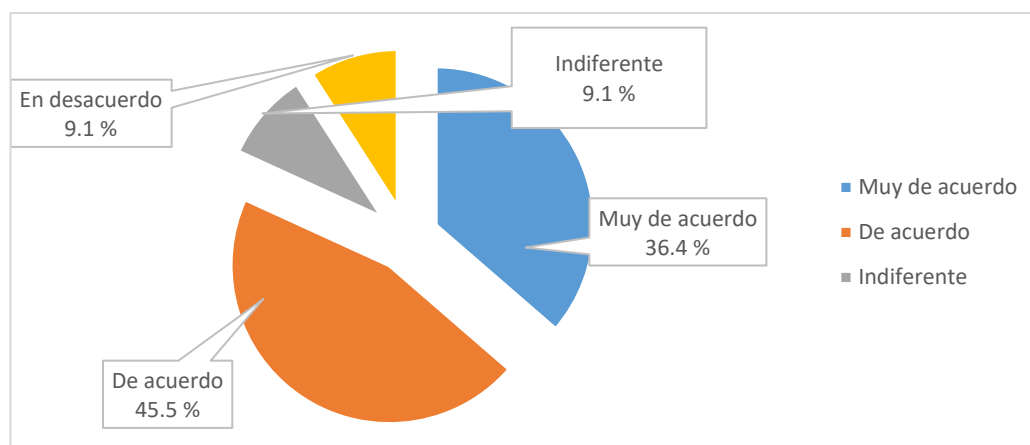
TABLA 7 ¿Cree usted que deba medirse la capacidad inspiratoria con el ventilómetro de wright pre y post cirugía abdominal?

ÍTEMS	Categorías	Frecuencias	Porcentajes
1	Muy de acuerdo	4	36.4 %
2	De acuerdo	5	45.5 %
3	Indiferente	1	9.1 %
4	En desacuerdo	1	9.1 %
Total		11	100%

Fuente: Hospital General Guasmo Sur

Elaborado por: Hinostriza Solís Elinger y Lucas Alvarado Yuly

FIGURA 5 ¿Cree usted que deba medirse la capacidad inspiratoria con el ventilómetro de wright pre y post cirugía abdominal?



Fuente: Hospital General Guasmo Sur

Elaborado por: Hinostriza Solís Elinger y Lucas Alvarado Yuly

Análisis:

El 36.4% consideran estar muy de acuerdo en que deba medirse la capacidad inspiratoria con el ventilómetro de wright pre y post cirugía abdominal, un 45.5% está de acuerdo, mientras el 9.1% se muestra indiferente y el 9.1% en desacuerdo, dando un total de 100%.

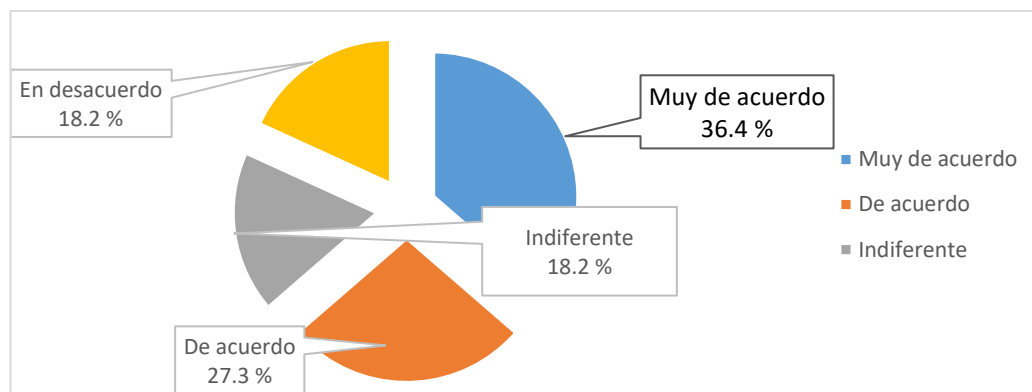
TABLA 8 ¿Conoce usted las indicaciones, complicaciones y contraindicaciones al realizar una prueba post cirugía abdominal utilizando el ventilómetro de wright?

ÍTEMS	Categorías	Frecuencias	Porcentajes
1	Muy de acuerdo	4	36.4 %
2	De acuerdo	3	27.3 %
3	Indiferente	2	18.2 %
4	En desacuerdo	2	18.2 %
Total		11	100%

Fuente: Hospital General Guasmo Sur

Elaborado por: Hinostroza Solís Elinger y Lucas Alvarado Yuly

FIGURA 6 ¿Conoce usted las indicaciones, complicaciones y contraindicaciones al realizar una prueba post cirugía abdominal utilizando el ventilómetro de wright?



Fuente: Hospital General Guasmo Sur

Elaborado por: Hinostroza Solís Elinger y Lucas Alvarado Yuly

Análisis: Un 36.4% manifiestan estar muy de acuerdo que si conoce las indicaciones, complicaciones y contraindicaciones al realizar al realizar una prueba post cirugía abdominal, utilizando el ventilómetro de wright, el 27.3% está de acuerdo, 18.2% se muestra indiferente y 18.2% en desacuerdo, dando un total de 100%.

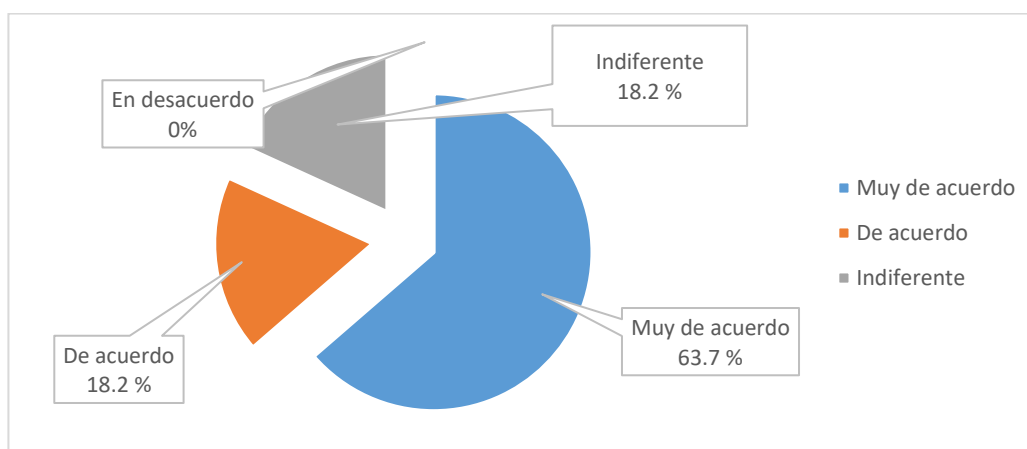
TABLA 9 ¿Cree usted que es necesario usar el ventilómetro de wright en el post operatorio?

ÍTEMS	Categorías	Frecuencias	Porcentajes
1	Muy de acuerdo	7	63.7 %
2	De acuerdo	2	18.2 %
3	Indiferente	2	18.2 %
4	En desacuerdo	0	0 %
Total		11	100%

Fuente: Hospital General Guasmo Sur

Elaborado por: Hinostriza Solís Elinger y Lucas Alvarado Yuly

FIGURA 7 ¿Cree usted que es necesario usar el ventilómetro de wright en el post operatorio?



Fuente: Hospital General Guasmo Sur

Elaborado por: Hinostriza Solís Elinger y Lucas Alvarado Yuly.

Análisis:

La mayoría en un 63.7% consideran estar muy de acuerdo en que es necesario usar el ventilómetro de wright en el post operatorio, el 18.2 está de acuerdo, 18.2% se muestra indiferente y 0% en desacuerdo, dando un total de 100%.

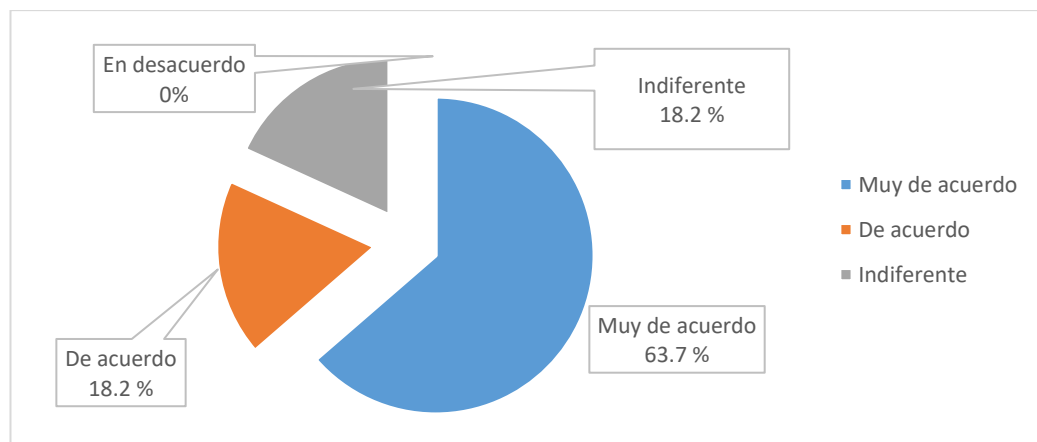
TABLA 10 ¿Considera que es necesario usar el ventilómetro de wright en el preoperatorio?

ÍTEMS	Categorías	Frecuencias	Porcentajes
1	Muy de acuerdo	7	63.7 %
2	De acuerdo	2	18.2 %
3	Indiferente	2	18.2 %
4	En desacuerdo	0	0 %
Total		11	100%

Fuente: Hospital General Guasmo Sur

Elaborado por: Hinostroza Solís Elinger y Lucas Alvarado Yuly.

FIGURA 8 ¿Considera que es necesario usar el ventilómetro de wright en el preoperatorio?



Fuente: Hospital General Guasmo Sur

Elaborado por: Hinostroza Solís Elinger y Lucas Alvarado Yuly

Análisis:

Un 63.7% está muy de acuerdo en que es necesario usar el ventilómetro de wright en el preoperatorio, mientras el 18.2% está de acuerdo, se muestra indiferente un 18.2% y 0% en desacuerdo, dando un total de 100%.

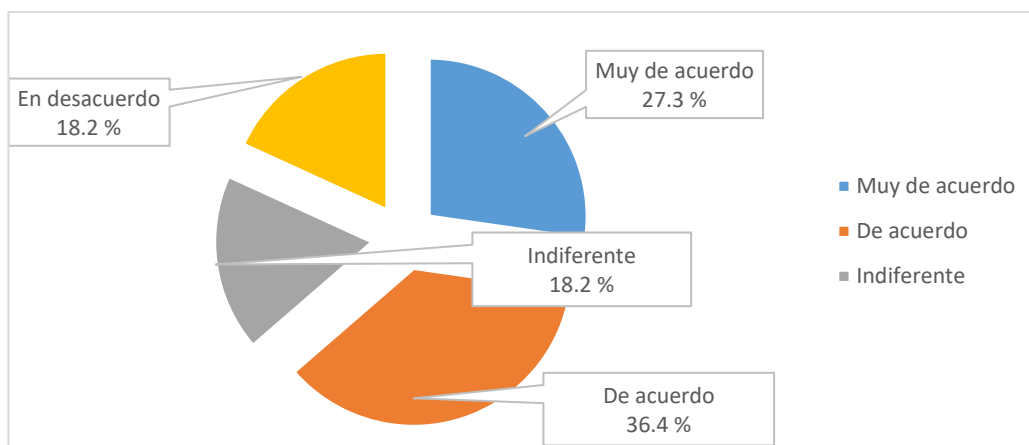
TABLA 11 ¿Cree usted que se deba realizar ejercicios respiratorios sin medir la capacidad inspiratoria?

ÍTEMS	Categorías	Frecuencias	Porcentajes
1	Muy de acuerdo	3	27.3 %
2	De acuerdo	4	36.4 %
3	Indiferente	2	18.2 %
4	En desacuerdo	2	18.2 %
Total		11	100%

Fuente: Hospital General Guasmo Sur

Elaborado por: Hinostroza Solís Elinger y Lucas Alvarado Yuly

FIGURA 9 ¿Cree usted que se deba realizar ejercicios respiratorios sin medir la capacidad inspiratoria?



Fuente: Hospital General Guasmo Sur

Elaborado por: Hinostroza Solís Elinger y Lucas Alvarado Yuly

Análisis:

El 27.3% manifiesta estar muy de acuerdo en que se deba realizar ejercicios respiratorios sin medir la capacidad inspiratoria, el 36.4% está de acuerdo, mientras un 18.2% se muestra indiferente y el 18.2% en desacuerdo, dando un total de 100%.

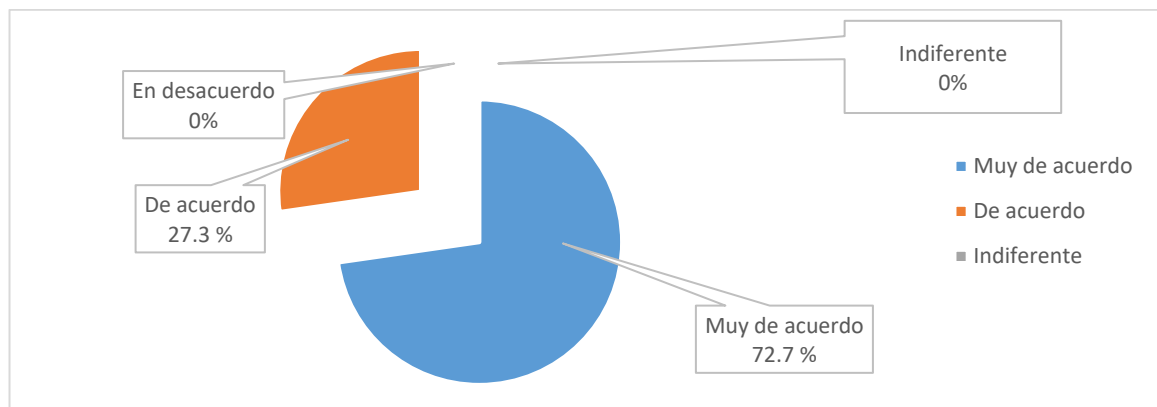
TABLA 12 ¿Piensa usted que los ejercicios respiratorios ayudan a mejorar la capacidad inspiratoria?

ÍTEMS	Categorías	Frecuencias	Porcentajes
1	Muy de acuerdo	8	72.7 %
2	De acuerdo	3	27.3 %
3	Indiferente	0	0 %
4	En desacuerdo	0	0 %
Total		11	100%

Fuente: Hospital General Guasmo Sur

Elaborado por: Hinostroza Solís Elinger y Lucas Alvarado Yuly

FIGURA 10 ¿Piensa usted que los ejercicios respiratorios ayudan a mejorar la capacidad inspiratoria?



Fuente: Hospital General Guasmo Sur

Elaborado por: Hinostroza Solís Elinger y Lucas Alvarado Yuly.

Análisis: Un 63.8% consideran en un estar muy de acuerdo en que los ejercicios respiratorios ayudan a mejorar la capacidad inspiratoria, el 27.3% está de acuerdo, un 0% se muestra indiferente y 0% en desacuerdo, dando un total de 100%.

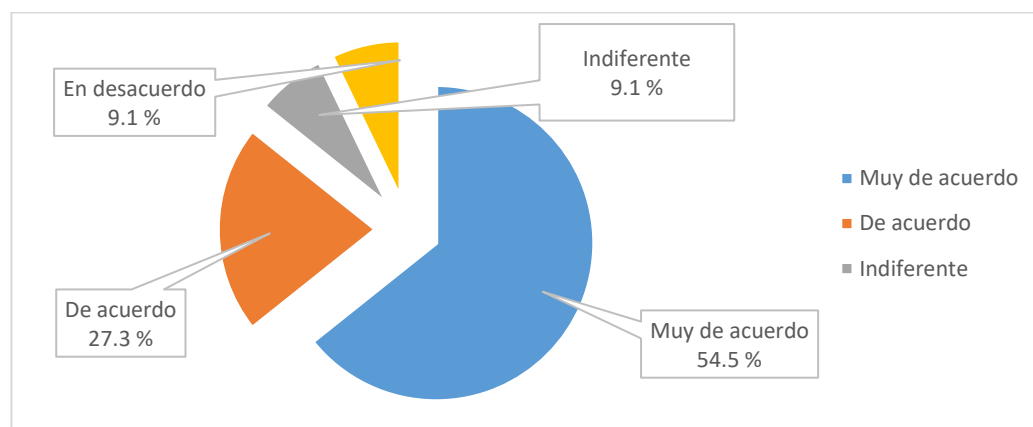
TABLA 13 ¿Cree que una cirugía abdominal provoque complicaciones respiratorias?

ÍTEMS	Categorías	Frecuencias	Porcentajes
1	Muy de acuerdo	6	54.5 %
2	De acuerdo	3	27.3 %
3	Indiferente	1	9.1 %
4	En desacuerdo	1	9.1 %
Total		11	100%

Fuente: Hospital General Guasmo Sur

Elaborado por: Hinostroza Solís Elinger y Lucas Alvarado Yuly

FIGURA 11 ¿Cree que una cirugía abdominal provoque complicaciones respiratorias?



Fuente: Hospital General Guasmo Sur

Elaborado por: Hinostroza Solís Elinger y Lucas Alvarado Yuly

Análisis:

Un 54.6% manifiestan estar muy de acuerdo en que cree que una cirugía abdominal provoque complicaciones respiratorias, el 27.3% está de acuerdo, 9.1% se muestra indiferente y 9.1% en desacuerdo, dando un total de 100%.

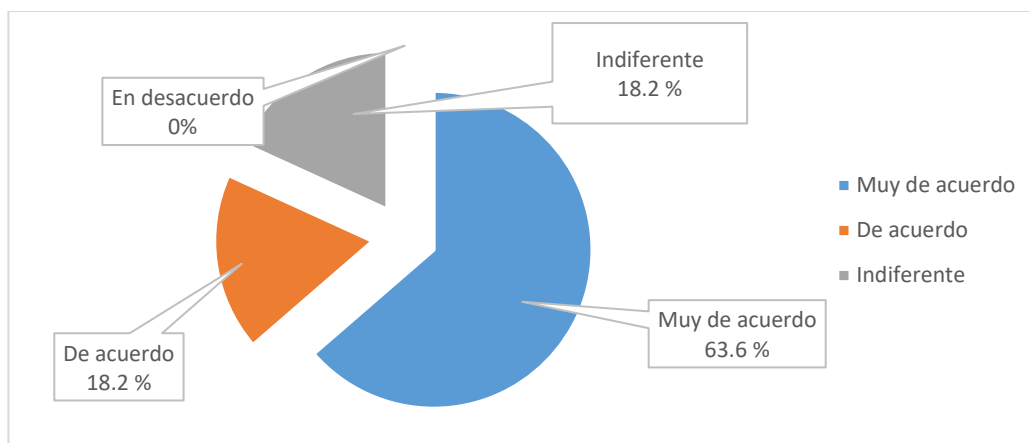
TABLA 14 ¿Considera usted que debe medirse la capacidad inspiratoria en el post operatorio de una cirugía abdominal con dolor?

ÍTEMS	Categorías	Frecuencias	Porcentajes
1	Muy de acuerdo	7	63.6 %
2	De acuerdo	2	18.2 %
3	Indiferente	2	18.2 %
4	En desacuerdo	0	0 %
Total		11	100%

Fuente: Hospital General Guasmo Sur

Elaborado por: Hinostroza Solís Elinger y Lucas Alvarado Yuly

FIGURA 12 ¿Considera usted que debe medirse la capacidad inspiratoria en el post operatorio de una cirugía abdominal con dolor?



Fuente: Hospital General Guasmo Sur

Elaborado por: Hinostroza Solís Elinger y Lucas Alvarado Yuly

Análisis:

Un 63.7% consideran estar muy de acuerdo en que debe medirse la capacidad inspiratoria en el post operatorio de una cirugía abdominal con dolor, 18.2% de acuerdo, mientras el 18.2% indiferente y 0% en desacuerdo, dando un total de 100%.

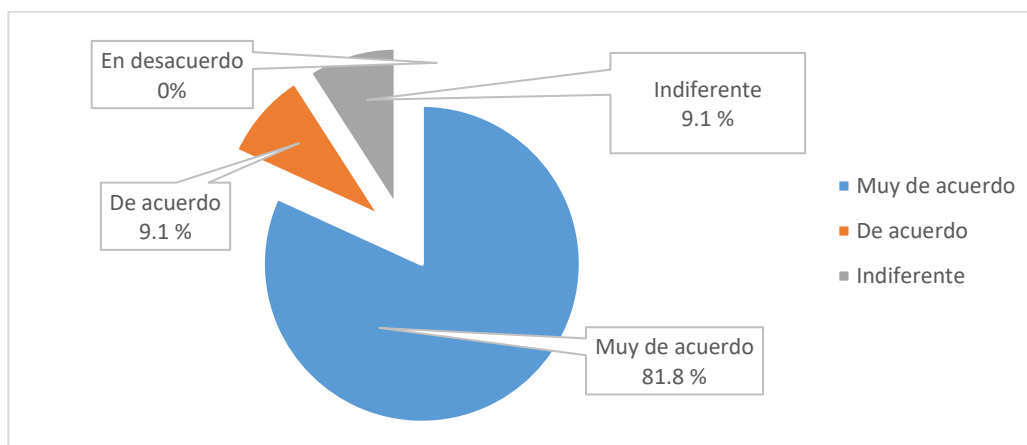
TABLA 15 ¿Cree usted que debe medirse la capacidad inspiratoria en el post operatorio de una cirugía abdominal antes de realizar los ejercicios respiratorios?

ÍTEMS	Categorías	Frecuencias	Porcentajes
1	Muy de acuerdo	9	81.8 %
2	De acuerdo	1	9.1 %
3	Indiferente	1	9.1 %
4	En desacuerdo	0	0 %
Total		11	100%

Fuente: Hospital General Guasmo Sur

Elaborado por: Hinostroza Solís Elinger y Lucas Alvarado Yuly

FIGURA 13 ¿Cree usted que debe medirse la capacidad inspiratoria en el post operatorio de una cirugía abdominal antes de realizar los ejercicios respiratorios?



Fuente: Hospital General Guasmo Sur

Elaborado por: Hinostroza Solís Elinger y Lucas Alvarado Yuly

Análisis:

Un 81.9% manifiesta estar muy de acuerdo en que debe medirse la capacidad inspiratoria en el post operatorio de una cirugía abdominal antes de realizar los ejercicios respiratorios, 9.1 de acuerdo, mientras un 9.1% se muestra indiferente y 0% en desacuerdo, dando total de 100%.

CAPÍTULO IV

LA PROPUESTA

Título.

“GUÍA DE CUIDADOS RESPIRATORIOS PARA PREVENIR ATELECTASIAS”.

Justificación.

Es importante realizar una guía de cuidados respiratorios para prevenir complicaciones post-cirugía abdominal ya que antes de realizar el procedimiento se entuba al paciente y se mantendrá entubado el tiempo que dure la cirugía después de esto si no hay complicaciones se extuba al paciente lo que provocará cambios en el paciente ya que le costará volver a respirar por si sólo entonces su capacidad inspiratoria se verá disminuida provocando complicaciones respiratorias a futuro.

Es relevante porque radica en implementar esta técnica del ventilómetro de wright en el Hospital General Guasmo Sur, ya que ayudará a cuantificar la capacidad inspiratoria y así lograr corregir alguna complicación que se avecine.

Es importante porque se detallara los cuidados que se deben de tener y además la técnica que se debe de usar en los pacientes después de la cirugía para prevenir atelectasias.

Descripción de la propuesta

Hospital General Guasmo Sur, el cual solo puede ser determinado por autoridades competente y está sujeto a cambios conforme al avance del

conocimiento científico. Valorar los signos vitales (saturación, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura) del paciente antes y después de la cirugía abdominal.

Valoración de los volúmenes y capacidades a través del ventilómetro de wright (si el paciente de muestra disminución de la capacidad inspiratoria se recomienda realizar ejercicios diafragmáticos). Ya que es el ejercicio más básico y fundamental es lo primero que puede y debe realizar el paciente. Al movilizar el diafragma conseguiríamos expandir ambas bases mejorando las relaciones V/Q y facilitando la movilización y el drenaje de las secreciones acumuladas. Pueden emplearse diversos ejercicios respiratorios y ayudas mecánicas encaminadas a re expandir las vías aéreas cerrada, encaminados a impedir o mitigar la disminución de los volúmenes y capacidades pulmonares.

EJERCICIOS RESPIRATORIOS.

Respiración abdominal diafragmática

Se realiza en decúbito supino relajando músculos intercostales y accesorios deben realizarse inspiraciones profundas, observando que la pared abdominal se desplace hacia arriba y descienda el diafragma, la inspiración debe durar tres segundos. Durante la expiración forzada deben contraerse los músculos abdominales y observar hundirse el abdomen y ascenderse el diafragma. (Fig. 14).

Ejercicios de labios fruncidos.

Se realiza inspiraciones profundas y expiraciones prolongadas con los labios fruncidos. Produce disminución del colapso alveolar (atelectasia) por incremento de la presión intraluminal.

La presencia de atelectasias en el período post operatorio será la principal indicación de la movilización diafragmática. Durante el período post operatorio el número de veces a realizar los ejercicios son tres veces por horas la frecuencia está determinada si el paciente lo tolera debe realizarse cuatro horas por la mañana y cuatro horas por la tarde respetando el descanso nocturno. (Fig. 15)

ASISTENCIA MECÁNICA

Espirometría incentiva

Este ejercicio mejora la insuflación pulmonar, distribución de la ventilación y favorece la tos. Para que sea efectivo el paciente debe estar colaborador, motivado y bien instruido en la técnica.

MÉTODOS PARA ELIMINAR SECRECIONES.

Humificación y tratamiento con aerosoles.

Las secreciones son más fáciles de movilizar si son húmedas. La función ciliar se halla deprimida en contacto con gas seco y se obvia la vía aérea superior por intubación orotraqueal o traqueotomía.

Por ello la humidificación de los gases terapéuticos es obligada en el período post operatorio.

Aerosoles

El aerosol terapia puede utilizarse para humidificar las vías aéreas, ayudar a movilizar las secreciones y vehiculizar los fármacos por inhalación. (Fig. 16)

Ayuda farmacológica.

Pueden administrarse fármaco para facilitar la eliminación de secreciones, aumentar el calibre de las vías aéreas o apoyar el mecanismo de expulsión de los cilios.

Su uso debe ir implementado por otras medidas que faciliten la eliminación de secreciones.

OTRAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS.

Drenaje postural.

Se basa en los efectos de la gravedad y en las consideraciones fisiológicas antes mencionadas para facilitar la movilización de secreciones, al colocar al paciente de modo que los segmentos pulmonares que se han de drenar se sitúen en la parte más alta.

Después de la movilización se facilita la eliminación mediante la tos, aspiración traqueal o ambas. (Fig. 17)

Percusión.

Coadyuvante del drenaje postural. El objetivo es desprender las secreciones desprendidas se realiza golpeando rítmicamente el tórax con ambas manos ahuecadas. Se efectúan en ambos tiempos respiratorios la fuerza no debe ser grande, no debe golpearse sobre las prominencias óseas. (Fig. 18)

Vibración.

Se realiza tras la percusión. Solo debe realizarse durante la espiración. El objetivo es movilizar las secreciones hacia los bronquios para su eliminación, puede realizarse de manera manual o mecánica.

Precauciones.

La percusión y vibración debe realizarse con máximos cuidados en pacientes con suturas bronquiales y vasculares pulmonares, así como en cirugía esofágica y abdominal (nunca antes de las 72 horas del post operatorio).

Evaluar signos vitales después de cada fisioterapia y valorar con el ventilómetro de wright para ver si hay alguna alteración en la disminución de la capacidad inspiratoria.

OBJETIVO DE LA PROPUESTA

Objetivo General

Ejecutar un diseño de guía de cuidados respiratorios dirigido a los terapeutas respiratorios para prevenir atelectasia en pacientes con cirugía abdominal y su relación con la disminución de la capacidad inspiratoria de 30 a 50 años

Objetivos Específicos

- Capacitar a los licenciados en terapia respiratoria logrando que conozcan los debidos cuidados que deben tener con los pacientes post operatorios.
- Establecer estrategias de cuidados respiratorios disminuyendo las complicaciones para prevenir atelectasias
- Observar resultados que se han obtenidos con pacientes con cirugía abdominal mediante la guía de cuidados respiratorios previniendo atelectasias

Importancia

Es importante diseñar una guía de cuidados respiratorios para prevenir atelectasias, el terapeuta respiratorio juega un papel muy importante será quien valore la capacidad inspiratoria. Mediante pasos que y evitarán que surjan problemas a futuro de una post cirugía abdominal, incentivando al paciente a realizar los ejercicios y cumplir con las indicaciones terapéuticas.

Factibilidad técnica

Se cuenta con recursos tecnológicos necesarios para el desarrollo de este trabajo investigativo por lo tanto es posible desarrollar el proyecto de investigación por medio de la unidad hospitalaria Hospital General Guasmo sur en estudio por ende no presenta restricción alguna para el hospital.

Factibilidad social.

Obtener un diagnóstico precoz y correcto, sin comprometer la vida de los pacientes utilizando un nuevo indicador.

Por estas razones debemos tener en cuenta que el Hospital General del Guasmo Sur, tiene 11 quirófanos 8 están en función destinados a las emergencias quirúrgicos, y que además cuenta con 119 camas de hospitalización divididas en 20 para pie diabético, 40 para medicina interna 59 para cirugías programadas. Además de esto se amplían los servicios del área de imágenes con un servicio de mamografía, dos de radiografía, cuatro de ecografía y ultrasonido uno de densitometría y uno de tomografía.

Los cuáles atienden a pacientes del área de emergencias que en su mayoría presentan cuadros clínicos de síndromes dolorosos abdominales.

Factibilidad operativa.

Estadísticas obtenidas mediante los archivos de las historias clínicas de los pacientes que fueron diagnosticados de apendicitis, en el periodo Enero a Diciembre del 2017.

Predisposición del personal médico, informática y de estadística para la obtención de la información.

Recursos financieros.

Los costos fueron asumidos por las autoras del proyecto.

Durante el desarrollo del proyecto de investigación, los recursos usados han sido del transporte, equipos (lapto), hojas, esferográficos, alimentación y ventilómetro de wright.

Para la obtención y recopilación de la información.

Personas que contribuyen

Director Hospital Guasmo Sur: Dr. Wladimir Roura.

Jefe de Docencia: Dr. Francisco Obando.

Docencia: Dra. Diana evangelista

Terapia respiratoria: Lcdo. Luis Villegas.

Tutor: Lcda. Betty Gaibor Donoso Msc.

Conclusiones y recomendaciones.

Conclusiones

En el presente estudio sobre cirugía abdominal y su relación con la disminución de la capacidad inspiratoria se le aplicaron instrumentos de la investigación que permitieran llegar a las siguientes conclusiones.

Este estudio determinó que el personal de terapia respiratoria está muy de acuerdo en valorar la parte semiológica y pre y post cirugía en un 54.60%, mientras que un 18.20% le es indiferente valorar al paciente.

Este estudio determinó que los terapeutas respiratorios miden la capacidad inspiratoria con el ventilómetro de wright pre y post cirugía estando muy de acuerdo en un 36.4% y el 91% le es indiferente y están en desacuerdo.

El siguiente estudio se determinó que en un 36.4% de los encuestados estuvieron muy de acuerdo en el conocimiento de cuáles son las indicaciones, complicaciones y contraindicaciones a realizar una prueba utilizando el ventilómetro de wright post cirugía abdominal y dando un 18.2% les es indiferente y desacuerdo.

En este estudio investigativo el 63.7% de los terapeutas respiratorios, creen que es necesario utilizar el ventilómetro de wright en el post operatorio. Siendo indiferente en un 18.2% el uso del mismo.

Se determina que de los terapeutas encuestados el 63.7% considera que si es necesario utilizar el ventilómetro de wright en el post operatorio, mientras tanto el 18.2% le es indiferente usarlo.

Se establece que los terapeutas respiratoria consideran estar de acuerdo en realizar ejercicios respiratorio sin medir la capacidad inspiratoria en un 36.4%, mientras que un 18.2% se muestran tanto en desacuerdo como indiferente

De los 11 terapeutas respiratorios encuestados el 63.8% están muy de acuerdo en que los ejercicios respiratorios ayudan a mejorar la capacidad inspiratoria. Mientras que el 27.3% están de acuerdo.

Se concluye que los terapeuta respiratorio tienen conocimiento en un 54.6% de que la cirugías abdominales provoquen complicaciones respiratorias y el 9.1 % le es indiferente y desacuerdo.

Se establece que el 63.7% están muy de acuerdo que deban medirse la capacidad inspiratoria en el postoperatorio en una cirugía abdominal con dolor. Mientras que el 18% le es indiferente.

En el estudio realizado el 81.9% considera que deban medirse la capacidad inspiratoria en el postoperatorio de una cirugía abdominal antes de realizar los ejercicios respiratorios. El 9.1% le es indiferente

Recomendaciones

El presente estudio investigativo permitió realizar las siguientes recomendaciones debido a la recopilación de datos:

Se recomienda que los terapeutas respiratorios valoren las partes semiológicas antes y después de ingresar a una cirugía abdominal para así evitar complicaciones.

Se recomienda que se debe medir la capacidad inspiratoria con el ventilómetro de wright para conocer cuáles son las capacidades que manejan los pacientes antes y después de entrar a una cirugía abdominal y así evitar riesgos post operatorios.

Es necesario que el personal este entrenado y tenga todos los conocimientos sobre las indicaciones, complicaciones y contraindicaciones al realizar una prueba post cirugía abdominal utilizando el ventilómetro de wright.

Es necesario que se use el ventilómetro de wright para así conocer las capacidades que maneja el terapeuta respiratorio después del post operatorio.

Es preciso que los terapeutas respiratorios acostumbren a usar el ventilómetro de wright en el pre operatorio ya que así permite conocer capacidades pulmonares inspiratorias antes de una cirugía y compararla en la siguiente valoración (post operatorio).

Que los terapeutas respiratorios realicen a los pacientes con cirugía abdominal ejercicios respiratorios conociendo la capacidad inspiratoria.

Que los terapeutas realicen a sus pacientes ejercicios respiratorios ya que eso ayudaría a mejorar la musculatura inspiratoria y así mejorar las capacidades pulmonares teniendo una mejor calidad de vida para los pacientes y una pronta recuperación en su hospitalización

Que los terapeutas respiratorios tengan conocimientos sobre las complicaciones en una cirugía abdominal ya que la mayoría de esta cirugía conlleva a riesgos pulmonares si no se previene a tiempo con medidas terapéuticas como son fisioterapias pre y post cirugía.

Es necesario que los terapeutas no midan la capacidad inspiratoria en paciente con dolor después de una cirugía lo más recomendable es medir la capacidad inspiratoria luego de las 24 horas a 48 horas que el paciente no tenga dolor para que no de malos resultados en la medición.

Es útil que el terapeuta respiratorio deba medir la capacidad inspiratoria en el post operatorio antes de realizar los ejercicios respiratorios para conocer el valor o la cantidad de volúmenes que maneja el paciente antes de realizar los ejercicios respiratorios.

Bibliografía

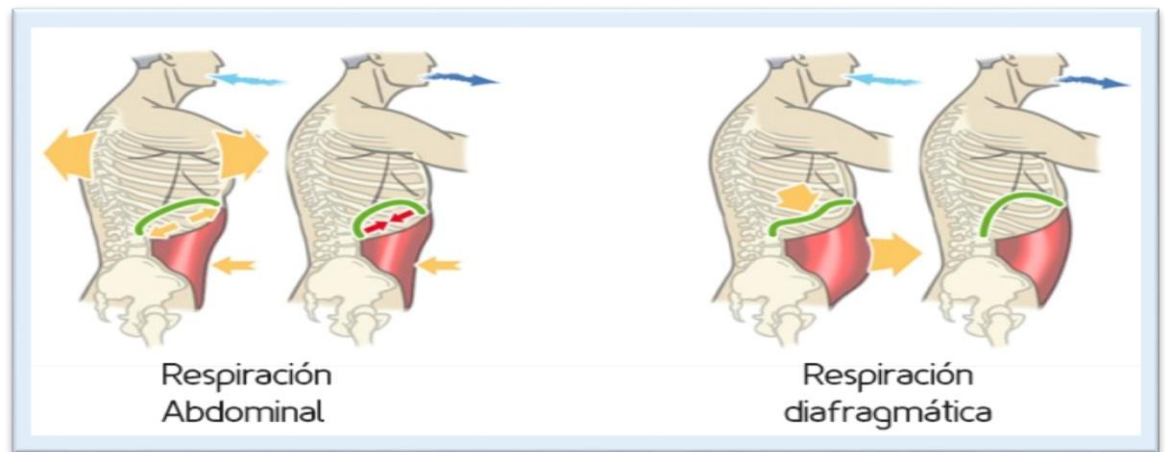
- Bregas. (2015). *TIPOS DE METODOLOGIA*. QUITO.
- Fajardo. (2015). *MUESTRA*. QUITO.
- Hurford, W. (2015). *compromiso pulmonar en el post operatorio* . México.
- Hurtado. (2014). *TECNICAS DE LA INVESTIGACION*.
- Martillo. (2014). *METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION*. QUITO.
- Mite. (2015). *INVESTIGACION BIBLIOGRAFICA*. QUITO.
- O.M.S. (2012). *CIRUGIA* .
- ortega, A. (2015). *complicaciones quirurgicas en el pacientes postquirurgico* .
QUITO.
- Rivera. ((2012)). *cirugia abdominal complicaciones postquirurgicas* . Quito.
- RIVIERA. (2014). *COMPLICACIONES POSTQUIRURGICA EN LA CIRUGIA
ABDOMINAL*. QUITO.
- Sabino. (2016). *ENCUESTA*. QUITO.
- Tuarez. (2017). *MUESTRA*.
- VILLALONGA. (2013). *COMPLICACIONES PULMONARES
POSTOPERATORIAS* . BARCELONA .
- Barrillero, J., Casero, J., Cebrián., & García, F.(2012).<https://www.uclm.s>
Obtenido de

<https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%208/ansicirug.htm>

- Cristancho Gómez William. Fundamentos de Fisioterapia Respiratoria y Ventilación Mecánica. Editorial Manual Moderno, 2da Edición, 2003
- Kasper, Dennis L, Harrison Principios de medicina interna, edición 16 española editorial Mc Graw Hill 2012 2 39: 8343 -8360
- Carchipulla, E., & Chala, N. (Marzo de 2015). TESIS: “APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN EL PREOPERATORIO DE PACIENTES QUIRÚRGICOS DEL HOSPITAL “MONTE SINAI”. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23512/1/tesis.pdf>
- Haines J, Skinner H, Berney S. Association of postoperative pulmonary complications with delayed mobilization following major abdominal surgery: an observational cohort study. Physt. 2012;99: 119-125
- Delgado E, Godoy Ana Luisa, da Silva Meide, de Araujo Clovis, Nagib Álvaro Faresin Sonia. Prospective assessment of the risk of postoperative pulmonary complications in patients submitted to upper abdominal surgery. Sao Paulo Med J. 1999; 117: 151-60.
- Brooks J, A. Predictors of Postoperative Pulmonary Complications Following abdominal surgery. Chest. 1997; 111: 564-571.

ANEXOS

Figura 14 Respiración Diafrágica



Fuente: <http://sv.tiching.com/respiracion-abdominal-y-diafragmatica/recurso-educativo/725367>

FIGURA 15 respiración labios fruncidos



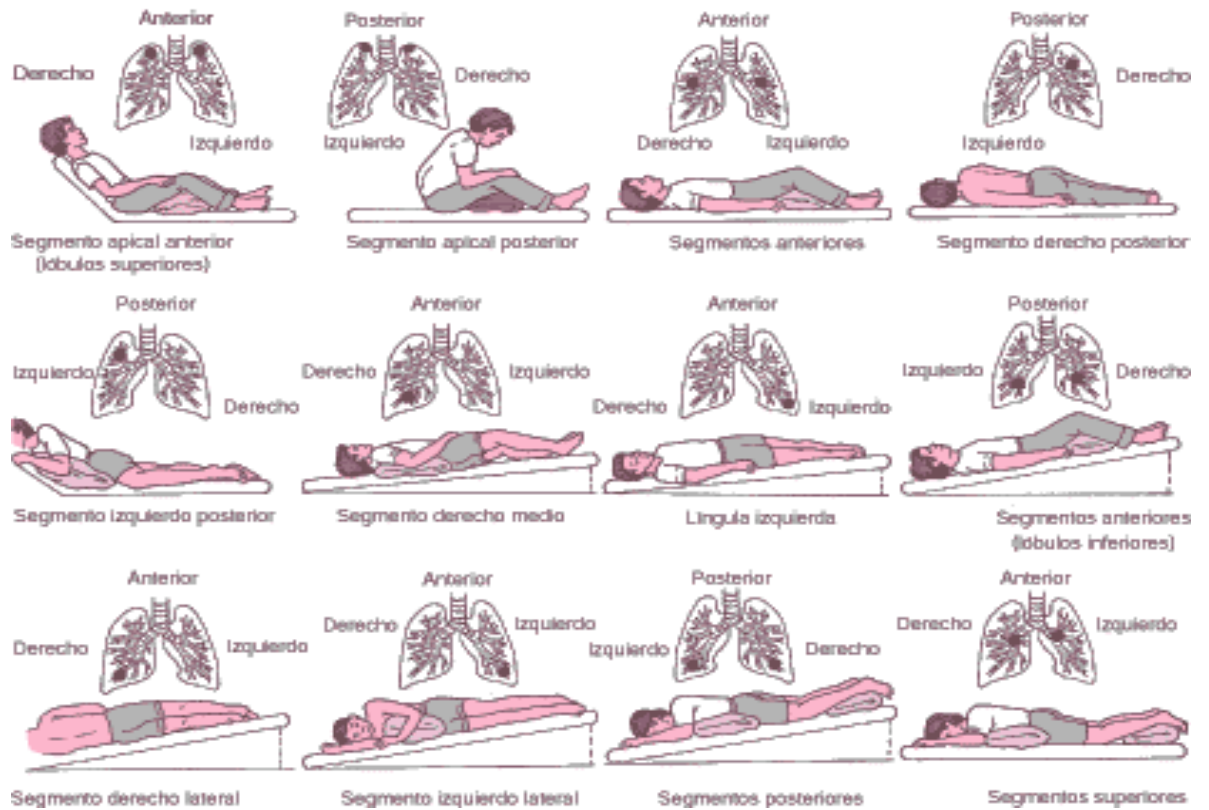
Fig. 15 Fuente: <http://enfermeriamanual.blogspot.com/2015/11/ejercicios-respiratorios.html>

FIGURA 16 uso del atomizador



Fuente: <https://www.google.com.ec/>

FIGURA 17 drenaje postural



Fuente: <http://alucinamedicina.files.wordpress.com/2012/03/drenaje-postural.gif>

FIGURA 18 Percusión



Fuente: <http://aia5.adam.com/content.aspx?productId=118&pid=61&gid=000051>

INDICE DE ANEXO
INDICE DE ANEXOS 1 APROBACION DEL TEMA DE TESIS



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA
DIRECCIÓN



Guayaquil, 21 de noviembre del 2017

Oficio N° 217 T/R.- D

DOCTOR.
FRANCISCO OBANDO FREIRE
COORDINADOR DE DOCENCIA E INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR
Ciudad

De mis consideraciones:

Con la finalidad de proporcionar las mejores herramientas técnicas para la formación integral académica – profesional de los estudiantes que se encuentran cursando el Noveno Semestre de la Carrera: TERAPIA RESPIRATORIA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, solicito a usted y por su digno intermedio a quien corresponda, autorizar a quien menciono a continuación, el ingreso a la Institución que acertadamente dirige a fin de que pueda obtener la información necesaria para desarrollar su trabajo de investigación previo a la obtención del título como Licenciado/a en Terapia Respiratoria cuyo tema es: **"CIRUGIA ABDOMINAL Y SU RELACION CON LA DISMINUCION DE LA CAPACIDAD INSPIRATORIA"** propuesta: **"GUIA DE CUIDADOS RESPIRATORIO PARA PREVENIR ACTELECTASIA"**

HINOSTROZA SOLIS ELINGER HINOSTROZA
C.C.0950458745

LUCAS ALVARADO YULY JANNETH
C.C. 0930042981

Por la atención que brinde a la presente, reitero a usted sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

DR. MIGUEL VELOZ MONTENEGRO, MSC.
DIRECTOR
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



Copia: Archivo

**INDICE DE ANEXOS 2 AUTORIZACION Y ACEPTACION DEL TEMA POR EL
HOSP. GUASMO SUR**



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA
DIRECCIÓN



Guayaquil, 07 de Diciembre del 2017

Oficio N° 211 T/R.- D

DR. VLADIMIR ROURA SEMINARIO

GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR

Ciudad

De mis consideraciones:

Con la finalidad de proporcionar las mejores herramientas técnicas para la formación integral académica – profesional de los estudiantes que se encuentran cursando el Noveno Semestre de la Carrera: **TERAPIA RESPIRATORIA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**, solicito a usted y por su digno intermedio a quien corresponda, autorizar a quien menciono a continuación, el ingreso a la Institución que acertadamente dirige a fin de que pueda obtener la información necesaria para desarrollar su trabajo de investigación previo a la obtención del título como Licenciado/a en Terapia Respiratoria cuyo tema es: **"Cirugía Abdominal y su relación con la disminución de la capacidad inspiratoria"**.

Hinostroza Solis Elinger Domenica
C.C. 0950458745

Lucas Alvarado Yuly Janneth
C.C. 0930042981

Por la atención que brinde a la presente, reitero a usted sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

DR. MIGUEL VELOZ MONTENEGRO, MSC.
DIRECTOR
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA



INDICE DE ANEXOS 3 SOLICITUD PARA ACCEDER A LAS HISTORIAS CLINICAS HGGS (CIE)

 Universidad de Guayaquil	UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA	 
--	---	---

Guayaquil, 01 de enero de 2018

DR. Francisco Obando Freire
Jefe de docencia
HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR

CIUDAD.-

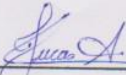
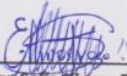
De mis consideraciones:

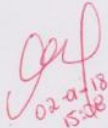
Por medio de la presente, nosotras, **Lucas Alvarado Yuly Jannet**, con cédula de identidad N° 0930042981 y **Hinostriza Solís Elinger Doménica**, con cédula de identidad N° 0950458745, estudiantes de la carrera Terapia Respiratoria de la Universidad de Guayaquil solicitamos a usted, nos permita acceder a las historias clínicas y exámenes complementarios de los pacientes con las patologías nombradas a continuación para el desarrollo del trabajo de investigación previo a la obtención del título como licenciada en Terapia respiratoria, con el tema **"CIRUGÍA ABDOMINAL Y SU RELACIÓN CON LA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD INSPIRATORIA"**.

CIE 10

CÓDIGO	PATOLOGÍA
COLOSTOMÍA	Z93.3
APENDICITIS	K35

Por la atención brindada agradecemos encarecidamente.

 _____ Lucas Alvarado Yuly Janneth. 0930042981	 _____ Hinostriza Solís Elinger Doménica. 0950458745
---	--



INDICE DE ANEXOS 4 CRONOGRAMA DE RECOLECCION DE DATOS HGGG (CIE)

Anexos
Cronograma de trabajo por objetivos

Actividad	Fecha	Martes 02 Enero	Miércoles 03 Enero	Jueves 04 Enero
Tema: Cirugía Abdominal y su relación con la Disminución de la Capacidad Inspiratoria.				
Recolección de datos: historias clínicas de pacientes atendidos desde Enero a Diciembre de 2017.		15:30 a 17:30		
Encuestas a profesionales de salud y aplicación de fichas de pacientes.			14:00 a 16:30	
Recolección de datos: nuevas historias clínicas de pacientes desde la semana anterior y aplicación de ficha de datos a pacientes nuevos.				15:30 a 17:30

ced
02-01-18
15:08

INDICE DE ANEXOS 5 DECLARACION FINAL DE CONFIDENCIALIDAD

 Ministerio de Salud Pública
HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR
FORMULARIO PARA LA AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA



DECLARACION FINAL DE CONFIDENCIALIDAD

Nosotras, **Vuly Janneth Lucas Alvarado** con Cédula de Identidad N° 0930042981, y **Elinger Domenica Hinestroza Solis** con Cédula de Identidad N° 0950458745 estudiantes de la carrera **TERAPIA RESPIRATORIA** de la Universidad de Guayaquil y que me encuentro realizando el externado en Hospital Universitario de la ciudad de Guayaquil, además deseo desarrollar el proyecto de investigación, en el Hospital General Guasmo Sur, proyecto que es necesario para la Titulación en mi carrera lo cual me comprometo de forma libre y voluntaria y declaro:

CLÁUSULAS

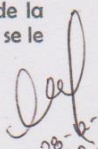
PRIMERA. OBJETO. El objeto del presente acuerdo es fijar los términos y condiciones bajo los cuales las partes mantendrán la confidencialidad de los datos e información intercambiados entre ellas, incluyendo información objeto de derecho de autor, patentes, técnicas, modelos, invenciones, know-how, procesos, algoritmos, programas, ejecutables, investigaciones a pacientes externos y externos.

SEGUNDA. CONFIDENCIALIDAD. Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas en el transcurso del período autorizado, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte declarante correspondiente sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de docencia información confidencial que se trate. Se considera también información confidencial: a) Aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) La que no sea de fácil acceso, y c) Aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial.

TERCERA. EXCEPCIONES. No habrá datos alguno de confidencialidad en los siguientes casos: a) Cuando la parte receptora tenga evidencia de que conoce previamente la información recibida; b) Cuando la información recibida sea de dominio público y, c) Cuando la información deje de ser confidencial por ser revelada por el propietario.

CUARTA. DURACION. Este acuerdo regirá durante el tiempo que dure la recopilación de datos, hasta un término de cinco años contados a partir de su fecha.

QUINTA. DERECHOS DE PROPIEDAD. Toda información intercambiada es de propiedad exclusiva de la parte de donde proceda. En consecuencia, ninguna de las partes utilizará información de la otra para su propio uso. A mantener de forma confidencial los datos de los pacientes y a no revelar a personas ajenas, toda la información y material de carácter sensible a la que acceda en el desarrollo de la investigación y a devolver a la institución todo el material y documentación que se le hubiere


28-12-17
10.02.



suministrado para la realización de la misma, salvo que expresamente no se estimare necesaria su devolución.

SEXTA. MODIFICACIÓN O TERMINACIÓN. Este acuerdo solo podrá ser modificado o darse por terminado con el consentimiento expreso por escrito de ambas partes.

SÉPTIMA. VALIDEZ Y PERFECCIONAMIENTO. El presente Acuerdo requiere para su validez y perfeccionamiento la firma de las partes.

Para constancia debe ser autorizado y entregado en la Unidad de Docencia e Investigación.

Guayaquil, 21 de diciembre del 2017

Yuly Lucas A.
C.I 0930042981

Elinger Hinojosa S.
C.I 0950458745



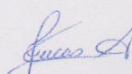
INDICE DE ANEXOS 6 RECONOCIMIENTO DE FIRMAS

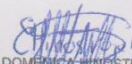

Factura: 001-002-000033637

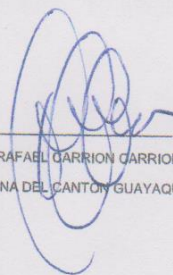

20170901019D01046

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMAS N° 20170901019D01046

Ante mí, NOTARIO(A) NELSON RAFAEL CARRION CARRION de la NOTARÍA DÉCIMA NOVENA, comparece(n) YULY JANNETH LUCAS ALVARADO portador(a) de CÉDULA 0930042981 de nacionalidad ECUATORIANA, mayor(es) de edad, estado civil SOLTERO(A), domiciliado(a) en GUAYAQUIL, POR SUS PROPIOS DERECHOS en calidad de COMPARECIENTE; ELINGER DOMENICA HINOSTROZA SOLIS portador(a) de CÉDULA 0950458745 de nacionalidad ECUATORIANA, mayor(es) de edad, estado civil SOLTERO(A), domiciliado(a) en VINCES, POR SUS PROPIOS DERECHOS en calidad de COMPARECIENTE; quien(es) declara(n) que la(s) firma(s) constante(s) en el documento que antecede FORMULARIO PARA LA AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE INFORMACIÓN ESTADISTICA, es(son) suya(s), la(s) misma(s) que usa(n) en todos sus actos públicos y privados, siendo en consecuencia auténtica(s), para constancia firma(n) conmigo en unidad de acto, de todo lo cual doy fe. La presente diligencia se realiza en ejercicio de la atribución que me confiere el numeral noveno del artículo dieciocho de la Ley Notarial -. El presente reconocimiento no se refiere al contenido del documento que antecede, sobre cuyo texto esta Notaria, no asume responsabilidad alguna. - Se archiva un original. GUAYAQUIL, a 27 DE DICIEMBRE DEL 2017, (15:58).


YULY JANNETH LUCAS ALVARADO
CÉDULA: 0930042981


ELINGER DOMENICA HINOSTROZA SOLIS
CÉDULA: 0950458745


NOTARIO(A) NELSON RAFAEL CARRION CARRION
NOTARÍA DÉCIMA NOVENA DEL CANTÓN GUAYAQUIL



**INDICE DE ANEXOS 7 ACEPTACION DE TEMA Y RECOLECCION DE DATOS
DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR**



MINISTERIO
DE SALUD PÚBLICA

CZ8S – Hospital General Guasmo Sur
Gerencia Hospitalaria

Oficio Nro. MSP-CZ8S-HGGS-GERENCIA-2018-0002-O

Guayaquil, 04 de enero de 2018

Asunto: Solicitud de ingreso al hospital para trabajo de investigación de Terapia Respiratoria

Doctor
Miguel Alfredo Veloz Montenegro
Director de la Carrera Terapia Respiratoria
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL -FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS "DR.
ALEJO LASCANO BAHAMONDE" - CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Memorando Nro. MSP-CZ8S-HGGS-UAU-2017-0179-E el cual contiene su oficio N°. 211 T/R.-D, en el cual solicita autorizar el ingreso de las señoritas: **Hinostroza Solis Elinger** **Domenica** con número de **CL. 0950458745** y **Lucas Alvarado Yuly Janneth** con número de **CL. 0930042981**, a fin de que puedan obtener la información necesaria para desarrollar su trabajo de investigación previo a la obtención del título como Licenciado/a en Terapia Respiratoria cuyo tema es: **"Cirugía Abdominal y su relación con la disminución de la capacidad inspiratoria"**.

Por lo antes expuesto y en consideración a la documentación correspondiente enviada al Departamento de Docencia e Investigación, su solicitud es favorable.

Particular que informo para fines pertinentes de ley pertinentes.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Vladimir Ilich Roura Seminario
GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR - COORDINACIÓN ZONAL 8 - SALUD

Referencias:
- MSP-CZ8S-HGGS-UAU-2017-0179-E

Anexos:
- [universidad_de_guayaquil_terapia_respiratoria\(1\).pdf](#)

Copia:
Señor Doctor
Francisco Marcelo Obando Freire
Coordinador de Gestión de Docencia e Investigación del Hospital General Guasmo Sur

fo/eb



* Documento generado por Guasmo

Av. Cacique Tomalá y Callejón Eloy Alfaro, Sector Guasmo Sur
Código Postal: 090105 Teléfono: 593 (2) 3803600
www.salud.gob.ec

1/1

INDICE DE ANEXOS 8 ANEXO 5 RUBRICA DE EVALUCION DEL TUTOR



Universidad de Guayaquil

ANEXO 5

FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA/CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA
UNIDAD DE TITULACIÓN

RÚBRICA DE EVALUACIÓN TRABAJO DE TITULACIÓN

Título del Trabajo: CIRUGIA ABDOMINAL Y SU RELACION CON LA DISMINUCION DE LA CAPACIDAD INSPIRATORIA Autor(S): ELINGER DOMENICA HINOSTROZA SOLIS – YULI JANETH LUCAS ALVARADO		
ASPECTOS EVALUADOS	PUNTAJE MÁXIMO	CALF.
ESTRUCTURA ACADÉMICA Y PEDAGÓGICA	4.5	
Propuesta integrada a Dominios, Misión y Visión de la Universidad de Guayaquil.	0.3	0.3
Relación de pertinencia con las líneas y sublíneas de investigación Universidad / Facultad / Carrera	0.4	0.4
Base conceptual que cumple con las fases de comprensión, interpretación, explicación y sistematización en la resolución de un problema.	1	1
Coherencia en relación a los modelos de actuación profesional, problemática, tensiones y tendencias de la profesión, problemas a encarar, prevenir o solucionar de acuerdo al PND-BV	1	1
Evidencia el logro de capacidades cognitivas relacionadas al modelo educativo como resultados de aprendizaje que fortalecen el perfil de la profesión	1	1
Responde como propuesta innovadora de investigación al desarrollo social o tecnológico.	0.4	0.4
Responde a un proceso de investigación – acción, como parte de la propia experiencia educativa y de los aprendizajes adquiridos durante la carrera.	0.4	0.4
RIGOR CIENTÍFICO	4.5	
El título identifica de forma correcta los objetivos de la investigación	1	1
El trabajo expresa los antecedentes del tema, su importancia dentro del contexto general, del conocimiento y de la sociedad, así como del campo al que pertenece, aportando significativamente a la investigación.	1	1
El objetivo general, los objetivos específicos y el marco metodológico están en correspondencia.	1	1
El análisis de la información se relaciona con datos obtenidos y permite expresar las conclusiones en correspondencia a los objetivos específicos.	0.8	0.8
Actualización y correspondencia con el tema, de las citas y referencia bibliográfica	0.7	0.7
PERTINENCIA E IMPACTO SOCIAL	1	
Pertinencia de la investigación	0.5	0.5
Innovación de la propuesta proponiendo una solución a un problema relacionado con el perfil de egreso profesional	0.5	0.5
CALIFICACIÓN TOTAL *	10	
* El resultado será promediado con la calificación del Tutor Revisor y con la calificación de obtenida en la Sustentación oral.		

FIRMA DEL DOCENTE TUTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

No. C.I. _____

FECHA: _____

iv

INDICE DE ANEXOS 9 ANEXO 7 REVICION FINAL



Universidad de Guayaquil

ANEXO 7

FACULTAD _____
ESCUELA/CARRERA _____
UNIDAD DE TITULACIÓN _____

Guayaquil, 5 febrero de 2018

DR. MIGUEL VELOZ MONTENEGRO
DIRECTOR (A) DE LA TERAPIA RESPIRATORIA /TECNOLOGÍA MÉDICA
FACULTAD CIENCIAS MEDICAS
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la **REVISIÓN FINAL** del Trabajo de Titulación **CIRUGÍA ABDOMINAL Y SU RELACIÓN CON LA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD INSPIRATORIA EN PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR** de las estudiantes **HINOSTROZA SOLÍS ELINGER DOMENICA Y LUCAS ALVARADO YULY JANNETH**. Las gestiones realizadas me permiten indicar que el trabajo fue revisado considerando todos los parámetros establecidos en las normativas vigentes, en el cumplimiento de los siguientes aspectos:

Cumplimiento de requisitos de forma:

- El título tiene un máximo de 15 palabras.
- La memoria escrita se ajusta a la estructura establecida.
- El documento se ajusta a las normas de escritura científica seleccionadas por la Facultad.
- La investigación es pertinente con la línea y sublíneas de investigación de la carrera.
- Los soportes teóricos son de máximo 2012 años.
- La propuesta presentada es pertinente.

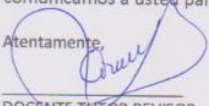
Cumplimiento con el Reglamento de Régimen Académico:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se indica que fue revisado, el certificado de porcentaje de similitud, la valoración del tutor, así como de las páginas preliminares solicitadas, lo cual indica el que el trabajo de investigación cumple con los requisitos exigidos.

Una vez concluida esta revisión, considero que las estufiantes **HISNOSTROZA SOLÍS ELINGER DOMENICA Y LUCAS ALVARADO YULY JANNETH** están aptas para continuar el proceso de titulación. Particular que comunicamos a usted para los fines pertinentes.

Atentamente,


DOCENTE TUTOR REVISOR
c.i. 09050837

INDICE DE ANEXOS 10 RUBRICA DE EVALUACION TUTOR REVISOR



Universidad de Guayaquil

ANEXO 8

FACULTAD _____
 ESCUELA/CARRERA _____
 UNIDAD DE TITULACIÓN _____

RÚBRICA DE EVALUACIÓN MEMORIA ESCRITA TRABAJO DE TITULACIÓN

Título del Trabajo: CIRUGÍA ABDOMINAL Y SU RELACIÓN CON LA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD INSPIRATORIA EN PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DEL HSPITAL GENERAL GUASMO SUR
 Autor(s): HINOSTROZA SOLÍS ELINGER DOMENICA Y LUCAS ALVARADO YULY JANNETH

ASPECTOS EVALUADOS	PUNTAJE MÁXIMO	CALF.	COMENTARIOS
ESTRUCTURA Y REDACCIÓN DE LA MEMORIA	3		
Formato de presentación acorde a lo solicitado	0.6	0.6	OK
Tabla de contenidos, índice de tablas y figuras	0.6	0.6	
Redacción y ortografía	0.6	0.6	
Correspondencia con la normativa del trabajo de titulación	0.6	0.6	
Adecuada presentación de tablas y figuras	0.6	0.6	
RIGOR CIENTÍFICO	6		
El título identifica de forma correcta los objetivos de la investigación	0.5	0.5	
La introducción expresa los antecedentes del tema, su importancia dentro del contexto general, del conocimiento y de la sociedad, así como del campo al que pertenece	0.6	0.6	
El objetivo general está expresado en términos del trabajo a investigar	0.7	0.7	
Los objetivos específicos contribuyen al cumplimiento del objetivo general	0.7	0.7	
Los antecedentes teóricos y conceptuales complementan y aportan significativamente al desarrollo de la investigación	0.7	0.7	
Los métodos y herramientas se corresponden con los objetivos de la investigación	0.7	0.7	
El análisis de la información se relaciona con datos obtenidos	0.4	0.4	
Factibilidad de la propuesta	0.4	0.4	
Las conclusiones expresa el cumplimiento de los objetivos específicos	0.4	0.4	
Las recomendaciones son pertinentes, factibles y válidas	0.4	0.4	
Actualización y correspondencia con el tema, de las citas y referencia bibliográfica	0.5	0.5	
PERTINENCIA E IMPACTO SOCIAL	1		
Pertinencia de la investigación/ innovación de la propuesta	0.4	0.4	
La investigación propone una solución a un problema relacionado con el perfil de egreso profesional	0.3	0.3	
Contribuye con las líneas / sublíneas de investigación de la Carrera/Escuela	0.3	0.3	
CALIFICACIÓN TOTAL*	10	10	

*El resultado será promediado con la calificación del Tutor y con la calificación de obtenida en la Sustentación oral.

DR. MIGUEL VELOZ MONTENEGRO
 No. C.I. 09701088517

FECHA: 5 DE ENERO DEL 2018


Universidad de Guayaquil

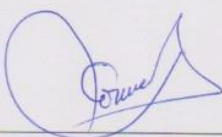
FACULTAD _____
ESCUELA/CARRERA _____
UNIDAD DE TITULACIÓN _____

ANEXO 11

Guayaquil, 5 DE ENERO DEL 2018

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR

Habiendo sido nombrado **DR. MIGUEL VELOZ MONTENEGRO**, tutor revisor del trabajo de titulación **CIRUGÍA ABDOMINAL Y SU RELACIÓN CON LA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD INSPIRATORIA EN PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DEL HSPITAL GENERAL GUASMO SUR** certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por las **HINOSTROZA SOLÍS ELINGER DOMENICA** con C.I. 0950458745 Y **LUCAS ALVARADO YULY JANNETH**, con C.I. 0930042981 con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de **LICENCIADA**, en la **TERAPIA RESPIRATORIA /CIENCIAS MEDICAS**, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.



DR. MIGUEL VELOZ MONTENEGRO
C.I. No. 890508257

ENCUESTA DIRIGIDA AL TERAPISTA RESPIRATORIO

1.- ¿Cree usted que se deba valorar la parte respiratoria y semiología pre y post cirugía abdominal?

Totalmente de acuerdo ☐ Desacuerdo ☐
De acuerdo ☐ Totalmente desacuerdo ☐

2.- ¿Cree usted que deba medirse la capacidad inspiratoria con el ventilómetro de wright pre y post cirugía abdominal?

Totalmente de acuerdo ☐ Desacuerdo ☐
De acuerdo ☐ Totalmente desacuerdo ☐

3.- ¿Conoce usted las indicaciones, complicaciones y contraindicaciones al realizar al realizar una prueba post cirugía abdominal utilizando el ventilómetro de wright?

Totalmente de acuerdo ☐ Desacuerdo ☐
De acuerdo ☐ Totalmente desacuerdo ☐

4.- ¿Cree usted que es necesario usar el ventilómetro de wright en el post operatorio?

Totalmente de acuerdo ☐ Desacuerdo ☐
De acuerdo ☐ Totalmente desacuerdo ☐

5.- ¿Considera que es necesario usar el ventilómetro de wright en el preoperatorio?

Totalmente de acuerdo ☐ Desacuerdo ☐
De acuerdo ☐ Totalmente desacuerdo ☐

6.- ¿Cree usted que se deba realizar ejercicios respiratorios sin medir la capacidad inspiratoria?

Totalmente de acuerdo ☐ Desacuerdo ☐
De acuerdo ☐ Totalmente desacuerdo ☐

7.- ¿Piensa usted que los ejercicios respiratorios ayudan a mejorar la capacidad inspiratoria?

Totalmente de acuerdo ☐ Desacuerdo ☐
De acuerdo ☐ Totalmente desacuerdo ☐

8.- ¿Cree que una cirugía abdominal provoque complicaciones respiratorias?

Totalmente de acuerdo ☐ Desacuerdo ☐
De acuerdo ☐ Totalmente desacuerdo ☐

9.- ¿Considera usted que debe medirse la capacidad inspiratoria en el post operatorio de una cirugía abdominal con dolor?

Totalmente de acuerdo ☐ Desacuerdo ☐
De acuerdo ☐ Totalmente desacuerdo ☐

10.- ¿Cree usted que debe medirse la capacidad inspiratoria en el post operatorio de una cirugía abdominal antes de realizar los ejercicios respiratorios?

Totalmente de acuerdo ☐ Desacuerdo ☐
De acuerdo ☐ Totalmente desacuerdo ☐

TEST DE VALORACIÓN AL PACIENTE POST OPERATORIO CON EL
VENTILOMETRO DE WRIGHT

1. SEXO DEL PACIENTE

HOMBRE ☐

MUJER ☐

2.- EDAD DEL PACIENTE

45 – 50 ☐

30 – 45 ☐

3.- ¿EL PACIENTE SIENTE DOLOR DESPUES DE LA 72 HORAS DEL POST
OPERATORIO?

SI ☐

NO ☐

4.- ¿PACIENTE SENTIA DOLOR DESPUES DE LAS 72 HORAS DEL POST
OPERATORIO?

SI ☐

NO ☐

5.- ¿AL REALIZAR LA PRUEBA CON EL VENTILOMETRO DE WRIGHT EL
PACIENTE OBTUVO UN VALOR MENOR DE 3.500?

SI ☐

NO ☐

6.- ¿AL REALIZAR EL PACIENTE LA INSPIROMETRIA INCENTIVA
DESPUES DE LA 72 HORAS SUBIA LAS 3 PELOTITAS?

SI ☐

NO ☐