

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería**

**CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LAS ENFERMERAS FRENTE A  
LA AUTOEFICACIA DEL CUIDADO HUMANIZADO DEL  
PACIENTE EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN  
DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN ESSALUD TACNA 2019**

**TESIS**

**Presentada por:**

**Lic. Mery Beatriz Pineda Apaza**

**Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:**

**ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

**TACNA - PERÚ**

**2021**

# UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LAS ENFERMERAS FRENTE A  
LA AUTOEFICACIA DEL CUIDADO HUMANIZADO DEL  
PACIENTE EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN  
DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN  
ESSALUD TACNA 2019

TESIS

Presentada por:

**Lic. MERY BEATRIZ PINEDA APAZA**

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:

**ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente jurado:

\_\_\_\_\_  
Dra. Carla Patricia Milagros Mori Fuentes  
Presidenta

\_\_\_\_\_  
Dra. María Soledad Porras Roque  
Miembro

\_\_\_\_\_  
Dra. Victoria Nora Vela de Córdova  
Miembro

\_\_\_\_\_  
Dra. Elena Cachicatari Vargas de Olgado  
Asesora

## ***DEDICATORIA***

Dedico este trabajo principalmente a dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento en mi formación profesional.

A mis hijos.

A mis maestros por compartir sus consejos y sabidurías durante mi carrera.

*Lic. Mery Beatriz Pineda Apaza*

## ***AGRADECIMIENTOS***

A Dios, por haberme dado la vida, tener una familia y darme la fuerza necesaria para seguir adelante.

A la Segunda Especialidad de Enfermería por brindarme la oportunidad de seguir capacitandomé en el area donde trabajo en la actualidad.

A mis colegas del Centro Quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión ESSALUD, por su apoyo para poder finalizar mi tesis.

***Lic. Mery Beatriz Pineda Apaza***

## ÍNDICE

	Pág.
Resumen .....	ix
Abstract .....	x
Introducción .....	1
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1. Description del problema.....	3
1.2. Formulación del problema.....	6
1.3. Objetivos de la investigación .....	6
1.4. Justificación.....	8
1.5. Hipótesis .....	10
1.6. Variables de Estudio .....	10
1.7. Operacionalizacion de Variables.....	10
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
1.8. Antecedentes del Estudio.....	12
1.9. Base teórica .....	20
1.10. Definición Conceptual de términos.....	54
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
3.1. Enfoque de la Investigación .....	56
3.2. Tipo de Investigación .....	56
3.3. Ambito de Estudio .....	56
3.4. Población y muestra.....	56
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos validez y confiabilidad .....	57

3.6.	Procedimiento de recolección de datos .....	60
3.7.	Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	61
3.8.	Consideraciones éticas .....	61

#### **CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS**

4.1	Presentación de resultados en tablas y gráficos .....	63
4.2	Discusión de resultados .....	75

#### **CONCLUSIONES**

#### **RECOMENDACIONES**

#### **REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS**

#### **ANEXOS**

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS FRENTE A LA AUTOEFICACIA DEL PACIENTE CUIDADO HUMANIZADO DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN- HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN-TACNA 2019.	63
TABLA N° 02: NIVEL DE ACTITUD DE LAS ENFERMERAS FRENTE A LA AUTOEFICACIA DEL CUIDADO HUMANIZADO DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN- TACNA 2019.	65
TABLA N° 03: AUTOEFICACIA DEL CUIDADO HUMANIZADO DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN –TACNA 2019.	66
TABLA N° 04: EL CUIDADO HUMANIZADO FRENTE AL CONOCIMIENTO Y LA ACTITUD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN- TACNA 2019.	68
TABLA N° 05: EL CUIDADO HUMANIZADO Y SU DIMENSIONES RELACIONADO CON LA ACTITUD EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN-TACNA 2019.	71
TABLA N°06: EL CUIDADO HUMANIZADO Y SUS DIMENSIONES RELACIONADO CON EL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN- TACNA 2019.	73

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N° 01: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS FRENTE A LA AUTOEFICACIA DEL CUIDADO HUMANIZADO DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN-HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN-TACNA 2019	64
GRÁFICO N° 03: AUTOEFICACIA DEL CUIDADO HUMANIZADO DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN TACNA-2019	67
GRÁFICO N° 04: EL CUIDADO HUMANIZADO FRENTE AL CONOCIMIENTO Y LA ACTITUD EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN- TACNA 2019	69

## RESUMEN

El presente trabajo titulado “Conocimiento y actitud de las enfermeras frente a la autoeficacia del Cuidado Humanizado, del paciente en la unidad de recuperación Hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD, Tacna 2019. Con el **objetivo** de Determinar la relación entre el Conocimiento y Actitud de las Enfermeras frente a la Autoeficacia del Cuidado Humanizado del paciente en la unidad de recuperación Hospital III. Es un estudio cuantitativo, descriptivo correlacional, la muestra estuvo conformado por 18 enfermeras. Los **resultados** fueron; Que el nivel de Conocimiento en un 60% es alto de las enfermeras, la Actitud con el 83,3% es positiva. La autoeficacia del cuidado humanizado es regular en el 72,2% de las enfermeras. La relación entre el cuidado humanizado es en el 50% regular siendo significativo estadísticamente con el  $p=0,019<0,05$  y la relación del Cuidado Humanizado en un 72,2%, la actitud es positiva con un  $p=0,002<0,05$ . Existe una relación significativa entre el Cuidado Humanizado y sus dimensiones; conocimiento, ritmo alternados y paciencia y la actitud es positiva. Existe relación significativa entre el cuidado humanizado y sus dimensiones; ritmo alternados y paciencia regular con un conocimiento alto. Se **concluye** en que las enfermeras cuentan con alto conocimiento y una actitud positiva frente al cuidado humanizado regular en el 72,2%.

*Palabras Clave: Conocimiento, actitud y cuidado humanizado*

## ABSTRACT

The present work entitled "Knowledge and attitude of nurses regarding the self-efficacy of Humanized Care, recovery unit Hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD, Tacna 2019. With the objective of determining the relationship between the Knowledge and Attitude of Nurses against Self-efficacy of Humanized Care, Hospital III recovery unit. It is a quantitative, descriptive correlational study, the sample consisted of 18 nurses. The results were; That the level of Knowledge in 60% is high of nurses, the Attitude with 83,3% is positive. The self-efficacy of humanized care is regular in 72,2% of nurses. The relationship between humanized care is regular 50%, being statistically significant at  $p = 0,019 < 0,05$  and the Humanized Care ratio at 72,2% and the attitude is positive with  $p = 0,002 < 0,05$ . There is a significant relationship between Humanized Care and its dimensions; Alternate knowledge, rhythm and patience and attitude is positive. There is a unique relationship between humanized care and its dimensions; alternating rhythm and regular patience with high knowledge. It is *concluded* that nurses have high knowledge and a positive attitude towards regular humanized care in 72,2%.

Keyword: Knowledge, attitude and humanized care

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el conocimiento y actitud de las enfermeras frente a la autoeficacia del cuidado humanizado del paciente Unidad de recuperación Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna 2019.

La Enfermera cumple un rol muy importante en el Centro Quirúrgico- Unidad de Recuperación por competir con conocimiento y actitud frente a una unidad de alto riesgo. La enfermera es la profesional presente con su cuidado en armonía con la mente, el alma, generando procesos de conocimientos de si mismo especialmente sobre la persona.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha motivado la promulgación de la política de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en búsqueda de la protección de los derechos de las personas, a partir del lema” trato humanizado a la persona sana y enferma” este organismo enfatiza que la humanización es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida (02)

Es importante mencionar que debemos reflexionar sobre el cuidado que se brinda en la Unidad de Recuperación del Centro Quirúrgico con conocimiento, actitud positiva replanteando la gestión del cuidado promoviendo un desarrollo profesional y personal de las enfermeras.

El apoyo o soporte social es una práctica del cuidado que se da en el intercambio de relaciones entre las personas, y se caracteriza por expresiones de afecto, afirmaciones o respaldo de los comportamientos de otra persona, entrega de ayuda simbólica o material a otra persona. El apoyo social a través del cuidado, mejora el estrés de la vida, para que las personas se sientan cuidadas, amadas, valoradas y estimadas. Contribuye a la recuperación de los enfermos y a que la familia este mas tranquila cumpliendo los roles. (3)

El presente estudio consta de cuatro capítulos y está estructurado en CAPÍTULO I: Descripción y Formulación del Problema, Objetivos, justificación, hipótesis y operacionalización de variables; en el CAPÍTULO II: Antecedentes del problema, base teórica; CAPÍTULO III: material y métodos, población y muestra, instrumentos de recolección de datos, procedimiento, procesamiento y análisis; finalmente en el CAPÍTULO IV: Resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones.

Finalmente encontraremos las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. Descripción del problema**

En la actualidad, nos encontramos inmersos en un medio cambiante debido al rápido avance de la tecnología, el cual repercute en el ámbito social, económico y político. Este ambiente trae consigo un alto nivel de competitividad, lo que exige al trabajador un mayor grado de autonomía, flexibilidad, capacidad de iniciativa y adaptación a nuevas situaciones (4).

Enfermería es una profesión que se desenvuelve en todas las áreas asistenciales dentro de un hospital. La atención asistencial está dirigida a satisfacer las necesidades del paciente en post de recuperar su salud, los tratamientos van de médicos a quirúrgicos y estos últimos requieren de alta preparación del personal de enfermería que asiste las cirugías así mismo de las enfermeras que se encargan de recuperar el paciente de los efectos de la anestesia y de prevenir o dar la alerta de alguna complicación post quirúrgica en el post operatorio inmediato en la unidad de recuperación.

Desde 1860 en la época moderna desde Florence Nightingale, pionera en el inicio de la enfermería como ciencia, dio mucha importancia a la asepsia al cuidado con calidad, técnica, científica y humanística, se consideró el trato al ser humano con la escucha activa, a la familia considerando la comunicación, el respeto por las creencias religiosas.

En varios países consideraron las políticas públicas en salud respecto a la calidad del cuidado. En México es el país más reconocido por sus políticas de Trato digno a los pacientes y a sus familiares, y por la creación del sistema integral de calidad en salud (SICALIDAD), otro país en Latinoamérica es Colombia con la creación de un sistema obligatorio de Garantía de la calidad (1)

La unidad de recuperación es parte del centro quirúrgico, en ella se brinda cuidados especializados al paciente sometido a cirugía en las diversas especialidades quirúrgicas, la enfermera que labora en la unidad de recuperación realiza atención especializada por tanto debe estar basada en conocimientos especializados en anestesia y recuperación, conocer e interpretar las escalas RCV, ASA, EVA Y ALDRETE que contribuirán a atención del paciente post operado como un todo no solo en su estado anestésico quirúrgico. (5).

En el Perú durante los años 2000 se traza la meta “un sector salud eficiente con equidad y calidad” en el 2006 se publica el

documento Técnica del Sistema de Gestión de calidad en salud del MINSA, aprobada por R.M. N° 519-2006 MINSA que menciona la modificación de la política de calidad en la salud aprobada en el 2001.(1)

Hospital III Daniel Alcides Carrión de Essalud Tacna (2014); en el Centro Quirúrgico se atiende alrededor del 30% de población de Tacna, cuenta con un promedio de 119 113 asegurados de los que se atienden aproximadamente 500 asegurados por día; para lo que dispone de 130 profesionales de enfermería. El promedio de operaciones al día son de 10 a 15 cirugías mayores al día y de 15 a 20 cirugías menores por semana, considerando, además, las cirugías de alta complejidad como procura, trasplante renal y colocación de implantes; para lo que cuenta con tres salas de programación y una sala de cirugías de emergencia; una unidad de recuperación con seis monitores, siete camillas, un mini almacén (SCAM), cuarto de instrumental, cuarto de material de alto costo, zona para lavado de manos quirúrgico; ambiente para desinfección, lavado y armado de material quirúrgico; vestidores, jefatura, consultorio MOPRI y Central de esterilización (6).

Considerando que las intervenciones quirúrgicas vienen aumentando debido al crecimiento de la población asegurada, además es limitado

las unidades que se tienen y los convenios con otras instituciones; por lo tanto el personal profesional de enfermería no se abastece, además que este debe estar capacitado, conocer y actuar respecto al cuidado del paciente utilizando escalas de medición que evalúen el pre y post operatorio, post anestésico y dolor en la unidad de recuperación del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna 2019.

Por todo lo antes expuesto, por la repercusión que tiene este estudio para la calidad de los servicios que prestan estas instituciones, se decidió realizar esta investigación.

## **1.2. Formulación Del Problema**

¿Cuál es la relación entre el conocimiento y actitud de las enfermeras respecto a la autoeficacia del cuidado del paciente en la Unidad de recuperación del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna 2019.

## **1.3. Objetivos de la Investigación**

### **1.3.1. Objetivo General:**

Determinar la relación entre el conocimiento y actitud de las enfermeras frente a la autoeficacia del cuidado humanizado del

paciente en la Unidad de Recuperación Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna 2019.

### **1.3.2. Objetivos Específicos:**

- Identificar el nivel de conocimiento en la unidad de recuperación del paciente del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna 2019.
- Identificar la actitud de las enfermeras en la unidad de recuperación del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna 2019.
- Identificar el nivel del Cuidado Humanizado en la Unidad de Recuperación del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna 2019.
- Establecer la relación entre el conocimiento y actitud de las enfermeras frente a la autoeficacia del cuidado humanizada del paciente en la unidad de recuperación del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna 2019.
- Determinar la relación del Cuidado Humanizado con sus dimensiones y la actitud en la unidad de recuperación del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna 2019.

#### **1.4. Justificación:**

La enfermera de la unidad de recuperación proporciona cuidados al paciente que se somete a una intervención quirúrgica. Este tipo de asistencia suele realizarse en un medio particular, con equipo especial y requiere que la enfermera tenga destreza. Esta debe contar con conocimientos sobre técnicas asépticas, métodos de esterilización y desinfección, tipos de anestesia, posiciones del enfermo anestesiado y ayuda al cirujano, anesthesiólogo, asiste al paciente en la unidad de recuperación post anestésica en el post operatorio inmediato, brinda cuidados con paciencia, comprensión, y deben ser eficaces de tomar juicios rápidos y adecuados haciendo uso de escalas de medición que evalúen el pre y post operatorio, post anestésico y dolor (7).

La sala de recuperación post anestésica debe ser siempre un medio seguro y aceptable en el que pueda realizarse la recuperación post anestésica. Esto es de mayor importancia, y para lograr que este medio sea aceptable, el personal de enfermería debe tener conocimientos completos de su trabajo y sus responsabilidades.

Cuando el personal de la unidad de recuperación siente un respeto genuino por el paciente y sigue las normas y procedimientos del centro quirúrgico, disminuye la posibilidad de lesionar al paciente o de ser acusado de negligencia o práctica inadecuada. Es responsabilidad de cada enfermera suministrar asistencia conforme las normas establecidas basada en ciencia y conocimiento de la atención de enfermería al paciente operado en el post operatorio inmediato en base al estudio pre operatorio.

(8)

Por ello es importante realizar el presente estudio sobre el conocimiento y actitud de las enfermeras respecto al cuidado del paciente utilizando escalas de medición que evalúen el pre y post operatorio, post anestésico en la unidad de recuperación del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna 2019, permitirá producir cambios en el cuidado que se presenta en Centro Quirúrgico porque las dimensiones nos da a conocer cuales son los puntos débiles y poder implementar un proyecto de intervención para fortalecer las dimensiones positivas y vulnerar los puntos débiles en las enfermeras.

## **1.5. Hipótesis**

Existe relación entre el conocimiento y actitud de las enfermeras frente a la autoeficacia del Cuidado humanizado del paciente en la unidad de recuperación del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna 2019.

## **1.6. Variables de estudio**

### **1.6.1. Variable independiente**

Conocimiento y actitud de las enfermeras

### **1.6.2. Variable dependiente**

Autoeficacia del cuidado humanizado.

## **1.7. Operacionalización de variables**

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENCIONES	INDICADOR	ITEMS	ESCALA VALORATIVA	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>Variable Independiente</b>  Conocimiento y actitud de las enfermeras	<b>Conocimiento</b> Es el aprendizaje adquirido en preparación y el transcurso del ejercicio de la profesión  <b>Actitud:</b> Comportamiento cotidiano ante situaciones predeterminadas.	Conocimiento:	- Escala de medición en la UR - Utilidad de la escala de medición - Términos relacionados a la ER. - Importancia de las escalas de medición	1 2 3 4	<b>Bajo: 00-07</b> <b>Medio: 08- 14</b> <b>Alto: 15-20</b>	Nominal
		Actitud:	- Criterio profesional - Escala terapéutica - Comunicación sintetizada y objetiva - Comunicación entre si - Utilidad percibida - Aplicabilidad - Evaluación en cada momento - Evaluación inicial - Continuidad del cuidado - Revelación de los efectos	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<b>-Negativa:10-20</b> <b>-Positiva:21-30</b>	
<b>Variable Dependiente</b>  Autoeficacia del cuidado humanizado.	“Una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera, de proteger y realzar la dignidad humana”, lo que permitirá trascender el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en la práctica (25)	-Conocimiento -Ritmos alternados -Paciencia -Sinceridad -Confianza -Humildad -Esperanza -Coraje	- Saber necesidades - Aprendizaje a partir de mi pasado - Crecimiento propio tiempo y manera. - Hallarse verdadero - Seguridad en el crecimiento del otro - Aprendizaje más sobre el otro y sobre sí mismo - Expresión de plenitud del presente - Confianza en el crecimiento del otro y en mi capacidad de cuidar	(1,2,3,4,5,6) (7,8,9) (11,12,13) (14,15,16,17) (18,19,10,21) (22,23,24) (25,26,27) (28,29,30)	- Autoeficacia del cuidado humanizado (Puntaje general) <ul style="list-style-type: none"> <li>• 30-69 Deficiente</li> <li>• 70-109 Regular</li> <li>• 110-150 Bueno</li> </ul> - Conocimiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6-14 deficiente</li> <li>• 15-22 regular</li> <li>• 23-30 bueno</li> </ul> - Ritmos alternados, sinceridad, confianza: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 04-09 deficiente</li> <li>• 10-14 regular</li> <li>• 15-20 bueno</li> </ul> -Paciencia, humildad, esperanza, coraje: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 03-07 deficiente</li> <li>• 08-11 regular</li> <li>• 12-15 bueno</li> </ul>	Nominal

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de Estudio

Para esta investigación se usaron diversos trabajos relacionados a la Prácticas en la unidad de recuperación del Centro Quirúrgico, las cuales serán de vital importancia para realizar la discusión y comparación de resultados, estos son los siguientes:

##### **Investigación a nivel internacional:**

**Aldrete M.D. (8)**, *La necesidad de un sistema práctico y objetivo que permita evaluar la condición clínica en Enfermería del Hospital de Valencia España 2010.* El objetivo es permitir evaluar la condición clínica de las cirugías al final de la anestesia y seguir su recuperación gradual hacia la conciencia, recuperación de la fuerza y determinar el momento en que deben ser dado de alta. *Metodología* es un estudio descriptivo, con una población de 50 profesionales de enfermería. Y la *conclusión es que* se demostró ser efectivo, confiable y seguro en cientos de millones de pacientes evaluados con este método en los Estados Unidos y la mayoría de países latinoamericanos. Últimamente, la popularidad de la cirugía ambulatoria ha requerido una modificación de la escala de Aldrete original ampliándola para que

incluya criterios que permitan saber si el paciente está listo para deambular en la calle y eventualmente está listo para ir a su casa. Las dos escalas, con o sin modificaciones, han sido usadas para comparar la velocidad de recuperación de diferentes anestésicos y técnicas e inclusive para determinar los criterios de cuidado de algunos anesthesiólogos.

**Silva A. (9)**, *El crecimiento del equipo de enfermería en las instituciones de salud sobre el pre y post operatorio en México, 2009*. El *objetivo* es determinar el crecimiento del equipo de enfermería en las instituciones de salud sobre el pre y post operatorio en México, *metodología* es una población de 34 profesionales de enfermería y en un estudio correlacional. *Los resultados*: mostraron que las escalas sobre responsabilidad de la enfermería son de tres tipos mensual, de tareas y de días: que las enfermeras encuentran estrategias para ligar con esa actividad siguiendo modelos y reglas teóricas, así como, considerar la realidad institucional de modo que maximizaren los recursos de que disponen; aún, el conocimiento de la legislación trabajando fundamentalmente para la elaboración de las mismas, sin olvidar, los aspectos que humanizan esa acción. En la elaboración de escalas las enfermeras enfrentan esa función, de manera semejante, para toda realidad, *Concluyendo* que es importante para el funcionamiento adecuado de las unidades y servicios los objetivos organizacionales, siendo responsabilidad de enfermería que gerencia este servicio por tanto esta debe tener preparación administrativa, para

que pueda utilizar esta actividad en forma racional atendiendo las necesidades del cliente, de las unidades y del equipo.

**Sandoval M. (10).** *Conocimientos, actitudes y prácticas; autocuidado post cesarea en pacientes atendidas del hospital San Vicente de Paúl, 2016.* El objetivo es determinar los conocimientos, actitudes y práctica de autocuidado post. Cesárea en paciente atendidos en el Hospital San Vicente de Paul. La metodología es no experimental, cuantitativa, descriptiva, transversal y analítico como instrumento se utiliza una encuesta con 14 preguntas aplicado a 64 mujeres internadas en el hospital. Como resultados se establece que, dentro de los conocimientos que poseen las pacientes post cesárea, solo reconocen a las complicaciones referentes a la herida quirúrgica como signo de alarma, dejando de lado otros como fiebre, dolor abdominal, cefalea y el sangrado vaginal; en lo referente a la “dieta” que no es más que el cuidado general post parto en un determinado tiempo, las pacientes establecen diferentes preferencias en lo que concierne al periodo de práctica. Dentro de las prácticas de la limpieza de la herida quirúrgica, existe un desconocimiento por parte de las pacientes, refieren que se debe realizar varias veces al día, con la utilización de soluciones, no son recomendadas

como el agua de plantas medicinales; en lo referente a la actividad física, describen que se debe realizar después de 24 horas, sin tomar en cuenta las condiciones en las que se encuentran. *Conclusiones* que se deben establecer guías de práctica saludable de autocuidado que aportaría a las pacientes atendidos en el servicio de Ginecología.

#### **Investigación a nivel nacional:**

Alves H. (11), *En el estudio analiza la escala de coma de Glasgow, viene siendo aplicada y registrada por los enfermeros de los servicios de emergencia del Hospital Honorio Delgado de Arequipa 2014.* El objetivo fue analizar la escala de coma de Glasgow aplicada y registradas por los enfermeros de los servicios de emergencia Hospital H. D. *Metodología* Estudio descriptivo, con una muestra de 34 profesionales de enfermería, en donde *concluyen:* Dada la integración de la asistencia pre hospitalario y hospitalización de emergencia. Se evidencia que la validación no es realizada en forma regular y sistemática se analizó la conducta de esos profesionales en algunas situaciones específicas de pacientes críticos con traumatismo craneoencefálico. Los *resultados* indican la necesidad de una revalidación de la escala de Glasgow en los servicios de emergencia.

Sanchez M. (13). *Actitud de la enfermera quirúrgica frente al cuidado de personas con VIH/SIDA, Centro Quirúrgico del Hospital Regional docente Cajamarca 2017*. En cuanto al *objetivo* es describir la actitud de los profesionales frente al cuidado de personas con VIH/SIDA en centro quirúrgico del hospital Regional docente de Cajamarca. *Metodología*; es un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, la población estaba dado por 38 enfermeras. *Los resultados* son que el 68% de enfermeras presenta actitud positiva durante el cuidado de los pacientes y el 32% presenta actitud negativa. En la dimensión cognitiva el 79% presenta actitud positiva y el 21% actitud negativa, en la dimensión emotiva el 55% actitud negativa y 45% actitud positiva, y en la conductual el 63% presentan actitud positiva y 37% actitud negativa. Se *concluye* que la actitud de la mayoría de los enfermeros que laboran en centro quirúrgico del Hospital, frente al cuidado del paciente con VIH/Sida es positiva, sin embargo, es considerable el porcentaje de enfermeras cuya actitud es negativa.

Inca, M. (14). *Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado del equipo de enfermería de centro quirúrgico de la Clínica Internacional sede San Borja 2017*. El *objetivo* es determinar la percepción del paciente sobre el cuidado humanizado del equipo de enfermería del centro Quirúrgico de la Clínica Internacional. *Metodología* es un trabajo aplicativo,

cuantitativo, descriptivo, corte transversal con una población de 82 paciente, *resultados el 50%* tiene una percepción medianamente favorable, el 31,7% favorable y el 18,3% desfavorable sobre el cuidado humanizado del equipo de enfermería. Concluye en que la mayoría de los paciente tiene una percepción medianamente favorable sobre el cuidado humanizado del equipo de enfermería en el servicio de sala de operaciones; y en las dimensiones descritas hay una percepción favorable y medianamente favorable.

Melendez, C. (15) *Conocimientos, actitudes y práctica del cuidado humanizado del profesional de enfermería del hospital III Iquitos Essalud, Punchana, 2017.* El objetivo es determinar la asociación que existe entre los conocimientos, actitudes y la práctica del cuidado humanizado del profesional de Enfermería en el Hospital III Iquitos. Metodología; se ha empleado el método descriptivo correlacional, los *resultados* obtenidos fueron respecto a conocimientos, actitudes: el 60% calificaron conocimientos medio y 53,3% tuvieron actitud positiva. En cuanto a la práctica del cuidado humanizado, el 50% calificaron regular. Para establecer la asociación entre los conocimientos, actitud y la práctica del cuidado humanizado del profesional de enfermería se utiliza pruebas estadísticas, obteniendo asociación significativa

entre conocimiento, ( $p=0,000$ ), actitud ( $p=0,005$ ) y la práctica del cuidado humanizado del profesional de enfermería. Estos hallazgos contribuirán con el mejoramiento de la práctica del cuidado humanizado del profesional de enfermería y en la calidad de atención al paciente.

Sierralta, P. (16). *Conocimiento y actitudes de las enfermeras de la práctica de enfermería basada en evidencias en la unidad del centro quirúrgico del Hospital de apoyo Jesús Nazareno*. El objetivo es determinar la relación que existe entre los conocimientos y las actitudes de las enfermeras de la práctica de enfermería basada en la evidencia en la unidad de Centro Quirúrgico del Hospital de apoyo Jesús Nazareno. *Metodología* es una investigación cuantitativa, no experimental, transversal, correlacional, población constituida por 30 participantes. *Resultados*: El 53,3% de profesionales de enfermería presentan un nivel de conocimientos “en proceso” en prácticas de enfermería basada en evidencias, el 63,3% presentan actitudes desfavorables hacia las prácticas de enfermería basada en evidencias; el 13,3% tiene nivel de conocimiento alto y también presentan en su totalidad actitudes favorables a la enfermería basada en evidencias. En *Conclusión*: Las actitudes favorables hacia la práctica de enfermería basada en evidencias están

relacionadas ( $p < 0,05$ ) al nivel de conocimiento alto de enfermería basada en evidencias en la Unidad de Centro Quirúrgico del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno.

Pacha,S. (17). *Nivel de satisfacción del paciente postquirúrgico y calidad de los cuidados de enfermería en la unidad de recuperación post anestesia del Centro Quirúrgico Hospital Ilo- Moquegua 2018*. En el presente estudio el objetivo fue determinar la relación entre el nivel de satisfacción del paciente posquirúrgico y calidad de los cuidados de enfermería en la Unidad de Recuperación post-anésteica del centro quirúrgico. La metodología es cuantitativo, descriptivo, correlacional, transversal, la población fue de 50 pacientes post operados. *Resultados* muestran que el nivel de satisfacción del paciente post. quirúrgico es satisfacción intermedia (76,0%), y Calidad de los cuidados de Enfermería eficiente (54,0%). Se *concluye* que si existe relación estadísticamente significativa entre las variables calidad de los cuidados de enfermería y Nivel de satisfacción del paciente post quirúrgico ( $p=0,000$ ).

Mogollon A (18) *Percepción del cuidado enfermero en paciente hospitalizados en el servicio de cirugía, Chiclayo 2019*. El

presente trabajo da como *objetivo*: Analizar y comprender la percepción del cuidado enfermero en pacientes hospitalizados en el servicio de Cirugía, según la teoría de Kristen Swanson Chiclayo 2019. *Metodología* es una investigación cualitativa, estudio de caso, muestra de saturación de 12 pacientes. *Resultados*; contraste ante el llamado del paciente, *conclusiones* que los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía perciben que en el cuidado brindado por las enfermeras existen diferencias, ya que algunas les transfieren disponibilidad y se acercan a su llamado expresando preocupación, dialogo e interés por su situación de salud, mientras que otras muestran actitudes indiferentes en su cuidado, pese a ello los mismos pacientes justifican estas actitudes por la cantidad de pacientes que existen en el servicio y el tiempo es reducido.

## **2.2. Base Teórica**

**2.2.1.** Conocimiento de las enfermeras respecto al cuidado del paciente utilizando escalas de medición que evalúen el pre y post operatorio, post anestésico y dolor.

Nivel de Conocimiento:

“Conocimiento significa acción y efecto de conocer, entendimiento, inteligencia y razón natural “. “Es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento sólo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente sobre la utilización de las escalas de medición que evalúen el pre y post operatorio, post anestésico en la unidad de recuperación del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna 2014 (6).

El conocimiento genera conocimiento mediante el uso de la capacidad de razonamiento o inferencia (tanto por parte de humanos como de máquinas). El conocimiento tiene estructura y es elaborado, implica la existencia de redes de ricas relaciones semánticas entre entidades abstractas o materiales. Una simple base de datos, por muchos registros que contenga, no constituye per se conocimiento.

El conocimiento es siempre esclavo de un contexto en la medida en que en el mundo real difícilmente puede existir completamente autocontenido. Así, para su transmisión es necesario que el emisor (maestro) conozca el contexto o modelo del mundo del receptor (aprendiz).

El conocimiento puede ser explícito (cuando se puede recoger, manipular y transferir con facilidad) o tácito. Este es el caso del conocimiento heurístico resultado de la experiencia acumulada por individuos.

El conocimiento puede estar formalizado en diversos grados, pudiendo ser también informal. La mayor parte del conocimiento transferido verbalmente es informal.

En este punto, daremos una definición táctica de conocimiento: conocimiento es la capacidad para convertir datos e información en acciones efectivas.

Rossental lo define como un “proceso de virtud del cual la realidad se refleja y se reproduce en el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social se halla indisolublemente unido a la actividad práctica. (19 y 20).

Es un proceso mental que refleja la realidad objetiva en la conciencia del hombre, tiene carácter histórico y social porque está ligado a la experiencia. Mario Bunge lo define como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros y precisos, ordenados, vago e inexacto (21).

Clases de conocimiento:

**-Conocimiento cotidiano o vulgar:** satisface las necesidades prácticas de la vida cotidiana de forma individual o de pequeños grupos. Se caracteriza por ser a metódico, asistemático, el conocimiento se adquiere en la vida diaria; en el simple contacto con las cosas y con los demás hombres.

**-Conocimiento científico:** es metódico, crítico, racional, problemático, claro y objetivo. Expresan la verdadera relación y las conexiones internas de los fenómenos, es decir dar soluciones para resolver los problemas que afronta la sociedad.

**-Conocimiento filosófico:** es el conocimiento reflexivo trata sobre los problemas y las leyes más generales, explica la realidad en su dimensión universal.

**Conocimiento teológico:** conocimiento relativo a Dios (22)

## **POST ANESTÉSICO Y DOLOR**

Conocimiento sobre la escala de medición de las enfermeras respecto al cuidado del paciente utilizando escalas de medición que evalúen el pre y post operatorio, post anestésico. Es el aprendizaje adquirido en preparación y el transcurso del ejercicio de la profesión de un instrumento clinimétrico en el pre operatorio, en el periodo de tiempo que transcurre antes que el paciente ingrese a la sala de operaciones

y en el periodo de tiempo que transcurre desde que finaliza el acto quirúrgico hasta que el paciente este de vuelta en su unidad de hospitalización, sin complicaciones quirúrgicas, además se refiere al tiempo que transcurre para que se metabolice y elimine los agentes anestésicos y el paciente este orientado en tiempo, espacio y recobre la movilidad de sus miembros bloqueados (6).

La necesidad de la documentación y evaluación de la condición física de los pacientes a su llegada a la sala de recuperación post anestésica resulta del patrón desorganizado de índices que incluyen los signos vitales, las complicaciones y si se utilizó o no una vía aérea artificial. La falta de unidad de criterios hizo aparente el requerimiento de establecer un sistema puntual reconocido que indicará la condición de llegada del paciente, su progreso hacia la recuperación de reflejos y conciencia y sobre todo, si los pacientes podían ser trasladados a la zona de hospitalización donde el cuidado de enfermería es menos intenso y donde la valoración es menos frecuente.

Los intentos tempranos para comparar y estandarizar la fase de recuperación de la anestesia eran demasiado complicados. Esta complejidad fue causada por el uso de múltiples agentes y la ausencia de una medida de laboratorios única y analítica que pudiera cuantificar objetivamente esta recuperación. Se hizo aparente que los signos clínicos y síntomas usualmente aplicados para evaluar estas

situaciones eran más apropiados, llevando eventualmente a establecer los criterios para dar de alta. Las razones que impulsan al uso clínico de escalas, cuestionarios, tests, e índices pueden ser diversas, como son la ayuda al diagnóstico, el apoyo al umbral de tratamiento, la comunicación con otros profesionales, y el establecimiento de un referente poblacional.

### **USO DE ESCALAS DE MEDICIÓN**

El uso e interpretación de las escalas de medición facilitan el trabajo de los profesionales enfermeros en:

Ayuda al diagnóstico:

El diagnóstico clínico no queda determinado por la prueba, sino que advierte del riesgo de padecer el problema, siendo el profesional el que confirma o no su presencia, junto a otros datos clínicos valorados. Es de suma importancia conocer las capacidades de los métodos diagnósticos y pronóstico empleados para la correcta interpretación de los resultados. Para ello son fundamentales la sensibilidad y especificidad de una escala a la vez que la prevalencia esperada del problema en la población sujeta a estudio.

No se debe olvidar que el criterio profesional es siempre necesario para tomar una decisión clínica, y que no sea la escala la que decida

por el profesional. Como nota aclaratoria deben definirse los conceptos de sensibilidad y especificidad. Así, la sensibilidad responde a la proporción de casos (personas con un problema de salud) en los que la prueba (escala) da positivo, es decir, indica la capacidad de la escala para detectar casos. En cambio la especificidad es la proporción de no casos en los que el resultado de la prueba (escala) es negativo, o lo que es lo mismo, indica la capacidad para detectar no casos.

Apoyo al umbral de tratamiento:

Si el fin último de la administración de una escala es determinar una actitud terapéutica, será necesario definir de antemano un umbral de tratamiento, es decir, una probabilidad de padecer el problema de salud previa a la administración de la escala a partir de la cuál se decidirá tratar al paciente.

Esta probabilidad umbral depende del beneficio de tratar personas con el problema y del costo de tratar personas sin el problema. Si el beneficio de intervenir es alto y los costos son pequeños, el umbral de tratamiento será bajo como en la prevención de úlceras por presión, y viceversa. De nuevo, se hace patente el criterio profesional como elemento determinante en la toma de decisiones clínicas más allá del valor numérico obtenido tras la administración de una escala.

Comunicación con otros profesionales:

El valor obtenido fruto de la administración de una escala permite una comunicación sintetizada y objetiva, evitando equívocos por parte del receptor. Esta utilidad es de gran aceptación para la comunicación entre niveles asistenciales. Debe mencionarse que el valor encontrado en una escala puede y debe ser matizado con información de interés, bien por no en la investigación clínica.

Al encontrar valores objetivos cuantificables y con un referente poblacional, la escala se convierte en uno de los métodos de recogida de datos más utilizados en la investigación cuantitativa. De este modo, mediante una escala se pueden desarrollar investigaciones para describir atributos poblacionales, compararlos con otras poblaciones o con una misma población mediada por un intervalo de tiempo, e incluso valorar la efectividad de una determinada intervención. Las escalas de calidad de vida son el paradigma de este uso y han posibilitado expandir los estudios de efectividad desde el punto de vista de costo-utilidad, aunque aún persisten algunas lagunas por resolver desde el punto de vista de los modelos económicos utilitaristas.

Como limitación adicional a la extrapolación de instrumentos desarrollados en contextos ajenos donde se dan poblaciones con diferencias socioculturales, la adaptación transcultural al medio donde

se pretende usar es un paso obligado y muchas veces menoscabado en los estudios de validación. Como resultado de esta negligencia es frecuente encontrar un perjuicio en la validez del contenido de la escala, y una variación en su sensibilidad y especificidad.

No debe perderse de vista que ninguna prueba es perfecta, y que cualquier puntuación observada en un cuestionario es la suma de una puntuación verdadera y un error aleatorio. El desconocimiento del error de medición de las pruebas indicadas puede poner en riesgo a la persona en estudio. El proceso de construcción clinimétrica puede, si está bien realizado, disminuir al mínimo este error. La evaluación crítica del instrumento y del estudio de validación aportará elementos de juicio suficientes como para determinar su aplicabilidad.

Es preciso recordar que el uso indiscriminado de instrumentos clinimétricos nunca podrá suplir las imprescindibles habilidades en entrevista clínica y el conocimiento cualitativo de las respuestas humanas a la hora de emitir juicios. Es en sinergia con estas habilidades y conocimientos, como aumenta y se enriquece la deliberación clínica. Sin embargo la atención sanitaria, en su aspiración por dar respuesta desde una creciente multidisciplinariedad a las complejas dimensiones humanas, ha obligado a explorar “afirmaciones

numéricas” relacionadas con cuánto de un atributo hay presente en una persona.

Es preciso mencionar que pacientes y profesionales utilizan constantemente escalas para comunicarse entre sí, tales Como “me duele mucho la cabeza” o “he perdido un poco de peso”. No obstante, estas medidas deben ser consideradas como un proceso de evaluación y juicio personal. En el proceso de construcción clinimétrica, las propiedades fundamentales que se le exigen a una escala de medida son la validez y la fiabilidad, o lo que es lo mismo, la estandarización del contenido y la estandarización como escala de medir, respectivamente. La validez denota la utilidad científica de la escala, en qué medida se ajusta lo medido a lo que se pretende medir. Por su parte, la fiabilidad indica la utilidad científica de la escala como instrumento que demuestra su precisión a la hora de medir, poniendo a prueba su reproducibilidad en posteriores medidas o por distintos observadores.

Tras un largo y complejo proceso científico de elaboración de una escala clínica, cuya exposición excede del contenido del presente texto, se pone a disposición del profesional sanitario. Siendo éste último el que decide su uso en función a una utilidad percibida, entre las que se encuentran de forma complementaria: Como limitación

adicional a la extrapolación de instrumentos desarrollados en contextos ajenos donde se dan poblaciones con diferencias socioculturales, la adaptación transcultural al medio donde se pretende usar es un paso obligado y muchas veces menoscabado en los estudios de validación.

Como resultado de esta negligencia es frecuente encontrar un perjuicio en la validez del contenido de la escala, y una variación en su sensibilidad y especificidad.

No debe perderse de vista que ninguna prueba es perfecta, y que cualquier puntuación observada en un cuestionario es la suma de una puntuación verdadera y un error aleatorio. El desconocimiento del error de medición de las pruebas indicadas puede poner en riesgo a la persona en estudio. El proceso de construcción clinimétrica puede, si está bien realizado, disminuir al mínimo este error. La evaluación crítica del instrumento y del estudio de validación aportará elementos de juicio suficientes como para determinar su aplicabilidad.

Es preciso recordar que el uso indiscriminado de instrumentos clinimétricos nunca podrá suplir las imprescindibles habilidades en entrevista clínica y el conocimiento cualitativo de las respuestas humanas a la hora de emitir juicios.

Los pacientes que reciben anestesia ambulatorio pasan por tres estados de recuperación.

a) La fase inmediata usualmente controlada en la unidad de recuperación postanestésica donde recuperan sus reflejos y mejoran el estado de conciencia. Cuando se alcanza un puntaje en el PRP entre 8 – 10, los pacientes pueden ser transferidos al siguiente estadio.

b) Recuperar la coordinación, el equilibrio y restaurar otras funciones sucede en una unidad intermedia donde los pacientes pueden descansar en asientos reclinables donde los signos vitales se estabilizan del todo.

Las náuseas y vómito, el dolor excesivo y el sangrado de la cirugía deben estar ausentes. Los pacientes deben ser capaces de evacuar, vestirse solos y caminar con asistencia mínima.

Eventualmente la recuperación completa de la anestesia y sus efectos a largo plazo pueden requerir días y ocasionalmente semanas para funciones como pensamiento, concentración, memoria, manejar un carro, subir escaleras, tomar la decisión de escribir un cheque y volver a la normalidad.

Parece lógico que durante las primeras fases, los pacientes sometidos a cirugía y anestesia en el mismo día deben ser evaluados por un sistema de puntaje que:

a) Sirva para evaluar inicialmente el estado físico de los pacientes al llegar a la sala de recuperación.

b) Permita establecer una continuidad del cuidado de manera objetiva para seguir los pacientes esperando mejoría progresiva hacia un puntaje que permita darlos de alta.

c) Revele los efectos de los anestésicos, antieméticos y otras drogas usadas para tratar los efectos secundarios (dolor, náuseas, etc.) común en estos casos. Como anotó Horila, las dosis y vías de administración pueden influir la velocidad con que los pacientes pueden ser dados de alta.

d) La documentación del tipo de cuidado de enfermería y la observación que tuvo el paciente es importante no sólo para seguir los requisitos del cuidado sino también para la defensa legal en caso de complicaciones. Para satisfacer estos requisitos se ha propuesto el siguiente puntaje que se llama Puntaje de Recuperación Post anestésica para Pacientes Ambulatorios (PRPPA)

-La condición del apósito que cubre la herida es importante en caso que se encuentre sangre, orina u otro fluido que pueda continuar drenando a través de la herida quirúrgica.

-La intensidad del dolor en la herida quirúrgica o en otro sitio relacionado (dolor en el hombro en casos de laparoscopia), deben ser reconocidos antes de dar de alta. La administración de un analgésico apropiado para aliviar o mejorar el dolor sin producir somnolencia es muy importante.

-La habilidad para ponerse de pie y deambular es esencial para que los pacientes puedan cuidar de si mismos y atender sus funciones más básicas como ir al baño, vestirse, etc.

-De manera similar, la tolerancia a la vía oral es importante para tomar drogas y poder comer.

- Los pacientes deben ser capaces de orinar espontáneamente ya que algunos analgésicos y relajantes musculares pueden afectar esta función.

En caso de anestesia subaracnoidea o epidural (lumbar o caudal) los pacientes pueden ser incapaces de evacuar por algún tiempo aunque hayan recuperado completamente sus funciones sensoriales y motoras. En el evento que un servicio de cirugía ambulatorio tenga

una unidad de recuperación separada de una sala de observación, los pacientes pueden ser transferidos cuando se ha alcanzado un puntaje total de 11 a 14.

Sin embargo, para poder dar de alta para la casa se deben cumplir los criterios de estar listo para deambular en la calle para lo cual los pacientes deben tener un puntaje total de 17 o más. Se pueden hacer algunas excepciones cuando los pacientes son incapaces de caminar por sus medios o son incapaces de mover todas sus extremidades antes de cirugía.

### **USO DE ESCALAS GLASGOW, EVA, ALDRETE, ASA, RCV**

Importancia del uso e interpretación de las escalas de medición en la atención de enfermería.

### **¿POR QUÉ CONOCER Y APLICAR LA ESCALA DEL ASA?**

Enfermería es una profesión y como tal el desenvolvimiento de sus funciones y / o actividades se basan en el conocimiento de cada uno de los aspectos que engloba la atención de enfermería. Por tanto la enfermera de la unidad de recuperación debe familiarizarse con la escala del ASA porque brinda sus cuidados a los pacientes sometidos a una cirugía bajo anestesia, los recuperará en el post operatorio inmediato, vigila que no se presente complicaciones post

anestésicas y quirúrgicas haciendo uso del monitoreo hemodinámico invasivo y no invasivo.

Definición del ASA:

Es la valoración según el estado físico del paciente de acuerdo a la Asociación Americana de Anestesia. Su nomenclatura va de I/V

Objetivo:

- Familiarizar a la enfermera de recuperación con la clasificación ASA.
  
- Brindar una tensión de enfermería Personalizada y especializada a cada Paciente.

Funciones de Enfermería:

1. El conocimiento del ASA nos permite valorar el paciente en su estado hemodinámico y no solo en su estado anestésico que es un evento pasajero.
  
2. El conocimiento del ASA nos permite estabilizar funciones vitales y evitar complicaciones post anestésicas y quirúrgicas.
  
3. El conocimiento del ASA facilitara la preparación del a unidad para atender al paciente y satisfacer sus requerimientos.

4. El conocimiento del ASA nos permite brindar la seguridad al paciente de la calidad de atención que este recibe.

#### A LA ASA (ESCALA DE ESTADO FÍSICO DE LA SOCIEDAD AMERICANA DE ANESTESIOLOGOS)

Clase 1. Individuo sano normal.

Clase 2. Paciente con enfermedad sistémica leve.

Clase 3. Paciente con enfermedad sistémica grave que no es incapacitante.

Clase 4. Paciente con enfermedad sistémica incapacitante que pone en peligro la vida en forma constante.

Clase 5. Paciente moribundo el cual no se espera que sobreviva 24 horas con cirugía o sin ella.

#### ¿POR QUÉ CONOCER E INTERPRETAR EL RIESGO CARDIOVASCULAR RCV?

Definición:

Se denomina RCV al riesgo cardiovascular su nomenclatura va de I / IV

Objetivo:

Porqué nos permite tener un criterio sobre el estado del paciente desde el punto de vista cardiológico, su conocimiento nos alerta sobre su atención en su control hemodinámico y post anestésico estar alerta con equipos, material e insumos para solucionar algún acontecimiento cardiaco y como esto puede influir en su recuperación.

Funciones de Enfermería:

El conocimiento del RCV exige a la enfermera de la unidad de recuperación conocimiento de electrocardiografía y su interpretación para dar la voz de alerta o actuar de inmediato.

**RIESGO OPERATORIO CARDIOVASCULAR DE CIRUGÍA NO CARDIACA**

**IMPORTANCIA:** 50% óbitos son de causa Cardiovascular, los cuales 90% acontecen en pacientes con DAC.

**OBJETIVO:** Evitar IAM trans-operatório o muerte Cardiaca

**MAYOR RIESGO:** DAC

**Evaluar:** história, exame físico, ECG, Rx, es necesario:

Holter, Ecocardiograma, TE simples Y DIPI+MIBI/Tálio

Evaluar: RESERVA VENTRICULAR ESQUERDA RESERVA  
CORONARIA Y CARGA ISQUÉMICA

Evaluar: Estrés de catecolaminas, hipotensión, queda de pré-carga,  
Hipervolemia efecto inotrópico negativo e interacción de drogas.

### CONTRAINDICACIONES MAYORES DE CIRUGÍA ELECTIVA

1. IAM de < 6 meses (se urgencia eletiva, após 3 meses + monit.

Hemodinamica)

2. ICC descompensada

3. Estenosis aórtica severa

4. Angina inestable

5. Mobitz II, BAVT, enfermedad del nodo sinusal

### ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO

1. Cirugía Menor: Oftalmológica, resección transuretral prostática,  
herniorrafia, histerectomía y cirugía ortopédica. Generalmente no causa  
complicaciones, desde que estén hemodinámicamente estables y no  
tengan contraindicaciones mayores.

2. Cirugía Mayor: relativamente bien tolerada, excepto en pacientes con: 1. IAM de < 6 meses (de urgencia electiva, después de 3 meses + monitoreo hemodinámico) 2. ICC descompensada 3. Estenosis aórtica. 4. Angina Estable 2-3 + IVP + TE fuertemente POSITIVO / Mibi-Talio scan alterado Mayor riesgo de eventos cardíacos: CIRUGÍA VASCULAR, principalmente ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL (debido a que por lo menos presenten 1 patología cardiaca asociada: DAC importante, HAS o enfermedad Reno-vascular).
3. Cirugía de Emergencia: disección aórtica, perforación de visera hueca, ruptura esplénica, sangrado masivo con inestabilidad hemodinámico.
4. Enfermedad Arterial Coronaria establecida: 1. Post IAM < 3 meses: tasa de REINFARTO de 24% (1970), actual de < 6% su monitorización intensiva hemodinámica. 2. Pos IAM 3-6 meses: REINFARTO de 15% (1970), actual de 3% 3. AE 2-3+IVP+ens-Mibi/Talio anormal: tasa de IAM POST OP. De 10-15% hasta 30% 4. IAM <3 meses, AI, ICC ens., Eao mod/sev: ALTA MORTALIDAD DE ADIAR o CANCELAR CIRUGIA 5. > 60% dos IAM tran/pós Operatorio sucede silenciosamente con elevada mortalidad.

#### CLASIFICACIÓN DEL RIESGO OPERATORIO:

1. The Goldman Cardiac Risk index (1970)

### Críticas:

- Índice antiguo.
- No tiene en consideración información vital de Ecocardiograma, fracción de eyección (FE), Tiempo de Esfuerzo, Dipi+MIBI/Tálio cintilografía y Holter para isquemia silenciosa.
- Subestima el riesgo de pacientes de clase 4.
- Factores:
  - Edad mayores de 60 años
  - IAM menor de 6 meses
  - S3 o turgencia yugular
  - Estenosis aórtica severa
  - Ritmo no sinusual o e auriculares pre-operatorio
  - Mal estado general: hipóxima, hipercapnia, hipocalemia, creatina alta, reposo prolongada en cama.
  - Cirugía intraperitoneal, intratorácica u aórtica
  - Cirugía de urgencia.

## 2. PACIENTES CARDIACOS DE ALTO RIESGO OPERATORIO

(Pueden ser operados, aun con alto riesgo operatorio)

1. Angina Estable (AE) Grado 3 + Enfermedad Vasular Periférica  
(DVP)

2. AE Grado 3, sem DVP, con Test de esfuerzo (TE) fuertemente POSITIVO
3. AE Grado 2, sem DVP, con TE fuertemente POSITIVO
4. AE Grado 2 + DVP + Dipiridamol-Mibi o Tálío cintilografía (DIPI+MIBI) normal
5. Post IAM > 6 meses + 1 o más de dos ítems 1,2,3,4.
6. Post IAM > 6 meses + HAS moderada y u Diabetes
7. Isquemia silenciosa por Holter en los ítems supracitados
8. Episódios de TV o EV polimórficas y frecuentes
9. Bradiarritmias
10. ICC: más de 1 episodio
11. ICC: un episodio necesitando terapia triple (digoxina, diurético e IECA).
12. Fracción de Eyección < 35%
13. Estenosis Aórtica MODERADA (AVA = 0,8-1,2 cm<sup>2</sup> /m<sup>2</sup> )
14. Miocardiopatía Hipertrófica o Dilatada

## 15. Estenosis Mitral Severa

### **¿POR QUÉ CONOCER Y UTILIZAR LA ESCALA DEL EVA?**

Definición.

Es la nomenclatura que se le da a la escala análoga visual del dolor EVA. Va de 1 a 10

Objetivo:

Porqué su conocimiento nos permite evaluar el dolor y sus formas de tratamiento.

Permite valorar la eficacia de las combinaciones algicas para aliviar las molestias dolorosas al paciente que ha sido sometido a un acto quirúrgico.

Valora la eficacia de la terapia preventiva del dolor y simplifica su registro.

Ejemplo Un paciente operado de histerectomía total abdominal ingresa al servicio con Eva 7 y es dado de alta con Eva 1, lo que significa que los fármacos analgésicos empleados en ella fueron efectivos.

Funciones de Enfermería

El conocimiento de la escala EVA permite evaluar la efectividad de las terapias álgidas y su repercusión en el paciente brindando una atención individualizada al dolor de acuerdo al acto quirúrgico practicado en él.

### **¿POR QUÉ USAR LA ESCALA DE GLASGOW?**

Definición:

El Glasgow es la evaluación neurológica del coma su nomenclatura va del 0 al 14.

Objetivo:

1. Su conocimiento es necesaria para la evaluación del paciente neuro quirúrgico.
2. Porque nos permite valorar al paciente que requiere atención pre, intra y post quirúrgicas desde el punto de vista neurológico, por lo delicado de la intervención y porque su compromiso tiene que ver con el desempeño de un órgano vital el cerebro.

### **¿POR QUÉ USAR ALDRETE O SCORE DE RECUPERACIÓN?**

Definición.

Es la escala que permite valorar la recuperación post anestésica del paciente.

Consideramos también la escala Aldrete modificada aún no esta en uso, pero existe y es un aporte valioso para la evaluación del paciente ambulatorio, su conocimiento y aplicación es importante debido a que el paciente recuperado de los efectos anestésicos es dado de alta a su

domicilio, el se valdrá por sí solo a pesar de su intervención quirúrgica en el post operatorio mediato y lejano.

Objetivo:

Nos permite valorar al paciente en su recuperación anestésica, quiere decir que se han metabolizado los efectos de los agentes anestésicos empleados para tal fin y que el paciente esta fuere de algún acontecimiento fatal por efectos colaterales de los agentes anestésicos.

Funciones de enfermería:

- La vigilancia permanente de la enfermera en el post operatorio.
- Estar alerta para algún acontecimiento sorpresivo.
- Tener la unidad equipada para una atención de emergencia

Características de la escala Aldrete:

- Actividad
- Respiración
- Circulación
- Conciencia
- Saturación arterial de oxígeno

## RECUPERACIÓN EQUIPAMIENTO INSUMOS MATERIAL Y EQUIPOS

La unidad de recuperación post anestésica cuenta con:

- Monitores de monitorización invasiva y no invasiva
- Ventiladores
- Aspiradores empotrados

- Equipos de oximetría y capnografía
- Desfibrilador
- Equipo de Intubación
- Maquina de anestesia
- Balón de oxígeno de transporte
- Jeringas calibres varios
- Agujas calibres varios
- Bránulas calibres varios
- Gasa tamaños variados
- Guantes de examen
- Guantes estériles tamaños varios
- Soluciones antisépticas
- Drogas de emergencia
- Analgésicos
- Soluciones cristaloides
- Material de escritorio

## **ACTITUD DE LAS ENFERMERAS RESPECTO AL CUIDADO DEL PACIENTE**

Actitud. -

Es el comportamiento cotidiano ante situaciones predeterminadas de un instrumento clinimétrico en el pre operatorio, en el periodo de tiempo que transcurre antes que el paciente ingrese a la sala de operaciones y en el periodo de tiempo que transcurre desde que finaliza el acto quirúrgico hasta que el paciente este de vuelta en su unidad de hospitalización, sin

complicaciones quirúrgicas, además se refiere al tiempo que transcurre para que se metabolice y elimine los agentes anestésicos y el paciente este orientado en tiempo, espacio y recobre la movilidad de sus miembros bloqueados. Y en el dolor. Que es una sensación desagradable que debe emplear un instrumento clinimétrico. Para ser evaluado y evaluar su terapia antálgica (6).

### **CENTRO QUIRÚRGICO**

El centro quirúrgico es una unidad crítica dentro de un hospital, en el que convergen pacientes cuya patología se soluciona con un acto quirúrgico en el que participa el equipo quirúrgico conformado por enfermeras médicos anesthesiólogos y los cirujanos en las diversas especialidades todos son capacitados en técnicas y procedimientos quirúrgicos. En el acto quirúrgico tienen estrecha relación el cirujano con la enfermera instrumentista así como el anesthesiólogo tiene estrecha relación con la enfermera de la unidad de recuperación, ella será la encargada de recuperar al paciente del acto anestésico por tanto la hoja de anestesia es un registro que consigna importante información para la atención en el post operatorio inmediato a paciente quirúrgico. (23)

En la hoja de anestesia se consignan los datos de ubicación del paciente en el hospital, edad ,sexo resultados de análisis preoperatorios, riesgo cardiovascular, riesgo ASA, antecedentes patológicos diagnóstico presuntivo, cirugía propuesta, diagnóstico definitivo y operación realizada, también esta

registrada el tipo de anestesia y las drogas y gases empleados durante el acto quirúrgico, todos estos datos al ser interpretados direcciona la atención de enfermería e individualiza la atención al paciente . En el post operatorio inmediato la enfermera de la unidad registra en el reverso de la hoja los controles vitales, fármacos administrados y evalúa el score de recuperación más no lo completa ni lo firma como constancia que el paciente ya esta recuperado de la anestesia y no ha presentado ninguna complicación post quirúrgica.

### **RECUPERACIÓN**

La unidad de recuperación es el espacio físico ubicado en el centro quirúrgico, preparada con equipos biomédicos e insumos que se emplean en la atención del paciente post quirúrgico y post anestésico en el post operatorio inmediato, esta conformada por personal de enfermería entrenada y capacitada, la atención se brinda las 24 horas del día, la evaluación de los pacientes esta refrendada por el médico anestesiólogo de turno haciendo uso del score de Aldrete. Recuperado el paciente es dado de alta y transportado a su servicio por la enfermera de recuperación y entregado a la enfermera de hospitalización.

La atención de enfermería en la unidad de recuperación es durante las veinte y cuatro horas el día a paciente programados por un acto quirúrgico en pacientes de emergencia, el personal de enfermería cumple funciones asistenciales en la recuperación post anestésica y post quirúrgica inmediata en el post operatorio inmediato, el paciente esta en tránsito por la unidad de

recuperación hacia su unidad de hospitalización, estabilizado en sus funciones vitales y sin señales de alguna complicación, orientado en tiempo y espacio y con el alivio del dolor quirúrgico, la permanencia del paciente es de aproximadamente entre una a dos horas tiempo necesario para la metabolización y eliminación de las drogas y gases anestésicos, al final de este periodo la enfermera de recuperación traslada al paciente a su unidad de hospitalización en compañía del camillero u técnico de la unidad, el paciente es recepcionado por la enfermera de hospitalización.

### **El Cuidado Humanizado**

El cuidado humanizado de enfermería es necesario en la práctica clínica- profesional, el cual permite mejorar el cuidado que se brinda al paciente con el fin de propiciar su calidad de vida. Es así que Espinoza (2010), en su estudio manifiesta que la percepción del paciente: en el conocimiento científico, la capacidad técnica y la relación terapéutica que el enfermero establece con el paciente, porque esto se supone acoger al otro de una manera cálida sin dejar de ser uno mismo, despojándose de todos los factores externos que en algún momento puedan afectar la atención comprometida y de óptima calidad que implica el cuidado humanizado (24).

Según la teoría del cuidado humanizado de Watson J. Sustenta la necesidad de integrar sus preceptos teóricos en las diferentes esferas del quehacer enfermero, gestión, asistencia, formación, docencia e investigación. El

cuidado transpersonal es una forma singular que aborda el enfermero es “Una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera, de proteger y realzar la dignidad humana”, lo que permitirá trascender el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en la práctica (25)

La teoría de Jean Watson se basa en siete supuestos y diez factores de cuidados o factores curativos del cuidado.

Los supuestos son:

1-el cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal.

2-El cuidado está condicionado a factores de cuidado, destinados a satisfacer necesidades humanas. El cuidado tiene destino, efectos y objetivos.

3- El cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar.

4- Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial que permite al individuo elegir la mejor opción, para él o ella, en un momento preciso.

5- La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa.

6- La práctica del cuidado es central en la enfermería. Un individuo debe ser acompañado en las fases de toma de decisiones y no sólo ser un receptáculo de información.(25)

Los diez factores que Watson denomina proceso caritas de cuidado (PPC), se puntualiza sobre su marco conceptual para facilitar la comprensión de los cuidados de enfermería como la ciencia del cuidar, estos son:

- 1- Formación humanista-altruista en un sistema de valores, (8) se convierte luego en la práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente”.
- 2- Incorporación de la fe- esperanza, se convierte luego en “ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado.
- 3- El cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros será redactado más tarde como “El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión.
- 4- El desarrollo de una relación de ayuda y confianza. El cuidar la relación humana se convierte en desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza.
- 5- La aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos. Esta es una parte inherente a la formación de una relación de ayuda y de confianza.
- 6- El uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial, se convierte en: el uso creativo de uno mismo, como participe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencial.
- 7- La promoción de una enseñanza- aprendizaje interpersonal, luego deriva a participar de una verdadera enseñanza- aprendizaje que atienda a la

unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro.

- 8- La creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural, se convierte en “creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz”.
- 9- La asistencia con la gratificación de necesidades humanas. Las que posteriormente llama: “La asistencia de necesidades básicas, con cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger”.
- 10- El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales, este último factor de cuidado es el método para lograr trabajar en la satisfacción de ellas: la fenomenología, concepto de Watson define así” se refiere al énfasis en la comprensión de las personas de cómo las cosas aparecen ante ellos.(26) (27)

**Las dimensiones que se consideran son:**

**Conocimiento:** Para cuidar de alguien, debo conocer muchas cosas. Necesito conocer, por ejemplo, quién es el otro, cuáles son sus poderes y limitaciones, cuáles sus necesidades, y lo que conduce a su crecimiento; preciso saber cómo responder a sus necesidades, y cuáles son mis propios poderes y limitaciones. (28)

**Ritmos Alternados:** No puedo cuidar apenas por hábito; debo ser capaz de aprender a partir de mi pasado. Veo cuantos comprenden mis acciones, si ayudé o no, y a la luz de los resultados, mantengo o modifico mi comportamiento de modo de poder ayudar mejor al otro. (28)

**Paciencia:** La paciencia es un componente importante del cuidado: yo dejo al otro crecer en su propio tiempo y de su propia manera. Con paciencia, yo doy tiempo y por lo tanto posibilito al otro encontrarse a sí mismo en su propio tiempo. La paciencia incluye la tolerancia. La tolerancia expresa mi respeto por el crecimiento del otro. (28)

**Sinceridad:** En el cuidado soy sincero al intentar ser verdadero. Al cuidar de otro, debo ver al otro como él es y no como a mí me gustaría que fuese, o como siento que debe ser. Si voy a ayudar a otro a crecer, debo corresponder a sus necesidades de cambio. Pero además de ver al otro como él es, debo también verme a mí como yo soy. Soy sincero al cuidar, no por conveniencia, sino porque la sinceridad es parte integrante del cuidado. (28)

**Confianza:** El cuidado implica confiar en el crecimiento del otro en su propio tiempo y de su propia manera. Al cuidar de otra persona confío

en que él va a errar y a aprender de sus errores. Confiar en el otro es dejarlo en libertad; esto incluye un elemento de riesgo y un salto a lo desconocido, y ambos exigen coraje. (28)

**Humildad:** El hombre que cuida es sinceramente humilde cuando se dispone a aprender más sobre el otro y sobre sí mismo, y sobre aquello que el cuidado comprende. Una actitud de no tener nada más que aprender es incompatible con el cuidado. La humildad también está presente al tomar conciencia de que mi cuidado específico no es de forma algún privilegiado. Lo que es significativo en última instancia no es si mi cuidado es más importante que su cuidado, pero sí que el hombre es capaz de cuidar y que tenga algo de que cuidar. La preocupación en saber cuál es el cuidado más valioso me desvía del cuidado. (28)

**Esperanza:** Existe la esperanza de que el otro crezca a través de mi cuidado. No debe ser confundido con la esperanza irrealizable ni con las expectativas infundadas. Tal esperanza es una expresión de plenitud del presente, un presente vivo con una sensación de posibilidades. Al contrario, donde no hay posibilidades de nuevo crecimiento habrá desespero. (28)

**Coraje:** Confiar en el crecimiento del otro y en mi propia capacidad de cuidar me da coraje para lanzarme a lo desconocido, pero también es verdad que sin el coraje. (28)

### **2.3. Definición conceptual de términos:**

- a) Conocimiento: Significa acción y efecto de conocer, entendimiento, inteligencia y razón natural. Conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y una experiencia que ha sucedido.(6)
- b) Actitud: es el comportamiento cotidiano ante situaciones pre-determinados de un instrumento climamétrico en el pre operatorio. (6)
- c) Centro Quirúrgico: es una unidad crítica dentro de un hospital en el que convergen pacientes cuya patología se soluciona con un acto quirúrgico en el que participa el equipo quirúrgico conformado por enfermeras, médicos, anestesiólogos y los cirujanos en las diversas especialidades todos son capacitados en técnicas y procedimientos quirúrgicos.
- d) Recuperación: es el espacio físico ubicado en el centro quirúrgico, preparada con equipos biomédicos e insumos que se emplean en la atención del paciente post. Quirúrgico y post anestésico en el post operatorio inmediato.

e) Cuidado Humanizado: el cuidado Humanizado de enfermería es necesario en la práctica profesional, el cual permite mejorar el cuidado que se brinda al paciente con el fin de propiciar su calidad de vida. (24). El Cuidado Humanizado es una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera, de proteger y realzar la dignidad humana, lo que permitirá trascender el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en la práctica (25).

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. Enfoque de la investigación**

El presente estudio es de enfoque cuantitativo dado que los datos obtenidos son susceptibles a medición.

#### **3.2 Tipo de investigación**

La presente investigación es de tipo básica.

#### **3.3. Ambito de estudio:**

Unidad de Recuperación de sala de operaciones del Hospital III

Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna 2019.

#### **3.4. Población y Muestra**

##### **Población:**

La población serán todos los profesionales de enfermería que labora en la Unidad de Recuperación del servicio de Sala de Operaciones del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna 2019, siendo un total de 18.

**Muestra:**

Para el estudio la muestra es por conveniencia, no probabilística por intención.

**3.4.1 Los Criterios de inclusión y exclusión**

Criterios de inclusión:

- Personal profesional que acepte voluntariamente el estudio
- Personal profesional de ambos sexos.

Criterios de exclusión:

- Personal profesional de otros servicios

**3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos validez y confiabilidad:**

La recolección de los datos se realizó a través de encuestas como instrumento el cuestionario para las dos variables; conocimiento, actitud y cuidado humanizado.

**Instrumento N° 01:**

*Variable independiente:*

-Conocimiento sobre escalas de medición

Se utilizó la encuesta sobre la experiencia laboral del Ministerio de Salud, que consta de 10 ítems, con preguntas cerradas. Cada una equivale a 2 puntos.

**VARIABLE CONOCIMIENTO:**

Cuestionario consta de 9 ítems; 0 puntos respuesta incorrecta y 2 puntos respuesta correcta desde el ítem 1 al ítem 7, del ítem 8 al 9 puntos respuesta incorrecta y 3 puntos respuesta correcta.

**RANGO GENERAL**

00 – 07    Bajo

08 – 14    Medio

15 – 20        Alto

**Instrumento N° 02:**

-Actitud sobre escalas de medición.

Escala de actitudes que consta de 10 ítems que valora la actitud del profesional de enfermería ante las escalas de medición.

Cuestionario con escala de likert; con la siguiente puntuación por respuesta nunca(1pto), a veces (2pto) y siempre (3pto).

**RANGO GENERAL**

10 – 20    negativa

21 – 30    positiva

**Instrumento N° 03:**

**Variable dependiente:** Autoeficacia del cuidado Humanizado

**Cuestionario** elaborado por las investigadoras Náquira, R; y Quispe, E; para fines de la presente investigación y poder medir actitudes y comportamientos sobre la percepción del Cuidado Humanizado, se

utilizará la escala de Likert a través de las siguientes dimensiones:  
conocimiento, ritmos alternados, paciencia, sinceridad, confianza,  
humildad, esperanza y coraje.

Está constituido por 28 ítems distribuidos de la siguiente manera:

Conocimiento	:	(1, 2, 3, 4, 5,6).
Ritmos alternados	:	(7, 8, 9,10).
Paciencia	:	(11, 12, 13).
Sinceridad	:	(14, 15, 16, 17).
Confianza	:	(18, 19, 20, 21).
Humildad	:	(22, 23,24).
Esperanza	:	(25-26-27).
Coraje	:	(28-29-30).

Cada ítem tiene el siguiente criterio de calificación, escala de Likert:

#### **AUTOEFICACIA DEL CUIDADO HUMANIZADO (CARING)**

##### **PUNTAJE GENERAL**

30 – 69	Deficiente
70 – 109	Regular
110 – 150	Bueno

##### **DIMENSIONES**

###### Conocimiento

06 – 14	Deficiente
15 – 22	Regular
23 – 30	Bueno

Ritmos alternados, sinceridad, confianza

04 – 09 Deficiente

10 – 14 Regular

15 – 20 Bueno

Paciencia, humildad, esperanza, coraje

03 – 07 Deficiente

08 – 11 Regular

12 – 15 Bueno

La validez: Se Establece a través de 5 expertos especializados en el tema de estudio, considerando los indicadores de claridad de la redacción, objetividad, pertinencia, organización, suficiencia, intencionalidad, consistencia, coherencia interna, metodología, inducción a la respuesta y lenguaje.

### **3.6. Procedimiento de recolección de datos**

Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se considerará los siguientes aspectos:

- Para proceder a recoger la información se inició con los trámites administrativos en el Hospital Daniel Alcides Carrión de ESSALUD, solicitando el permiso correspondiente.
- Los datos se recolectarán en el mes de Octubre en turnos de la tarde y noche tiempos que eran más factibles de cumplir con el objetivo.
- El tiempo de aplicación de los 03 instrumentos era de más o menos 30 a 45 minutos, según sea el caso de tiempo de las enfermeras.

### **3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos**

El análisis de datos se realizó: a través del programa SPSS versión 21 en el análisis de los datos se empleó estadística como: distribución de frecuencias, tablas bivariadas y prueba de chi cuadrado, para la verificación de la hipótesis esta realizó mediante la prueba de chi cuadrado y para la discusión de los resultados se utilizó la comparación de los mismos con las conclusiones de los antecedentes y con los fundamentos teóricos en los que se basa el estudio.

### **3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

- **Principio de autonomía**

Respetando los valores y opciones personales de las enfermeras, voluntariamente acepten participar de esta investigación.

- **Consentimiento informado**

A las enfermeras se les explicó en qué consistía la investigación realizada, de acuerdo a las variables de estudio, los objetivos de investigación y la importancia de estos resultados, por lo que han firmado el consentimiento informado.

- **Confidencialidad de datos**

Se indicó a las enfermeras que dichas encuestas eran anónimas y no se utilizaría la información para otros fines que no sea de investigación.

- **Principio de Beneficencia**

El presente trabajo de investigación tuvo la finalidad de establecer la relación entre el conocimiento, actitud y la autoeficacia del cuidado humanizado, para reconocer las debilidades que deberían implementarse más y tomar medidas ante posibles problemas durante el cuidado.

- **Evaluación de los beneficios del estudio y sus destinatarios**

Este trabajo de investigación tuvo una repercusión positiva en las enfermeras quienes se involucran más en el tema y realizan diariamente el cuidado del paciente en recuperación.

## **CAPÍTULO IV**

### **DE LOS RESULTADOS**

#### **4.1. Presentación de resultados en tablas y gráficos**

En este capítulo se presentan los resultados en tablas y gráficos que corresponden a la información como resultado de la investigación.

**TABLA N° 01**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS FRENTE A LA AUTOEFICACIA DEL CUIDADO HUMANIZADO DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN- TACNA 2019**

<b>CONOCIMIENTO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Bajo	4	22,2%
Medio	4	22,2%
Alto	10	55,6%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente:** Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna 2019

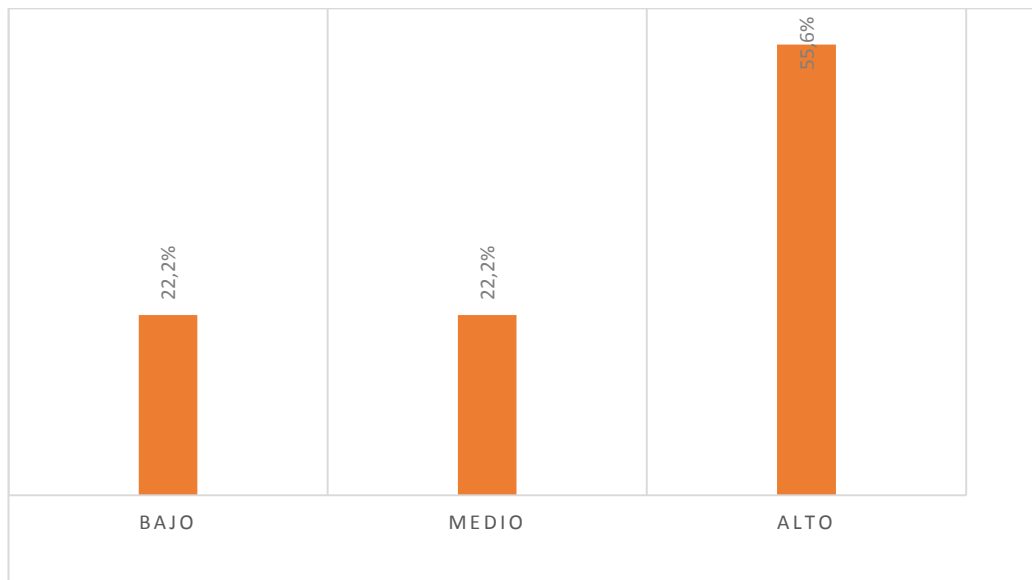
**Elaboración:** Lic. Mery Pineda Apaza

**Interpretación:**

En la presente Tabla, se puede apreciar que el nivel de conocimiento de las enfermeras frente al autoeficacia del cuidado el 55,6% tiene un conocimiento alto y un conocimiento medio y bajo con el 22,2 %.

### GRÁFICO N° 01

#### NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS FRENTE A LA AUTOEFICACIA DEL CUIDADO HUMANIZADO DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN- TACNA 2019



Fuente: Tabla 01

**TABLA N° 02**

**NIVEL DE ACTITUD DE LAS ENFERMERAS FRENTE A LA  
AUTOEFICACIA DEL CUIDADO HUMANIZADO DEL  
PACIENTE EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN  
HOSPITAL III DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN- TACNA 2019**

<b>ACTITUD</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Negativa	3	16,7%
Positiva	15	83,3%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente:** Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna 2019

**Elaboración:** Lic. Mery Pineda

**INTERPRETACIÓN:**

En la presente tabla, observamos que la actitud de las enfermeras es positiva en un 83,3% frente a la autoeficacia del cuidado humanizado en la unidad de recuperación, y es una actitud negativa con un 16,7%.

**TABLA Nº 03**

**AUTOEFICACIA DEL CUIDADO HUMANIZADO DE LAS  
ENFERMERAS AL PACIENTE EN LA UNIDAD DE  
RECUPERACIÓN HOSPITAL III DANIEL  
ALCIDES CARRIÓN- TACNA 2019**

<b>CUIDADO HUMANIZADO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Deficiente	4	22,2%
Regular	13	72,2%
Bueno	1	5,6%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente:** Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna 2019

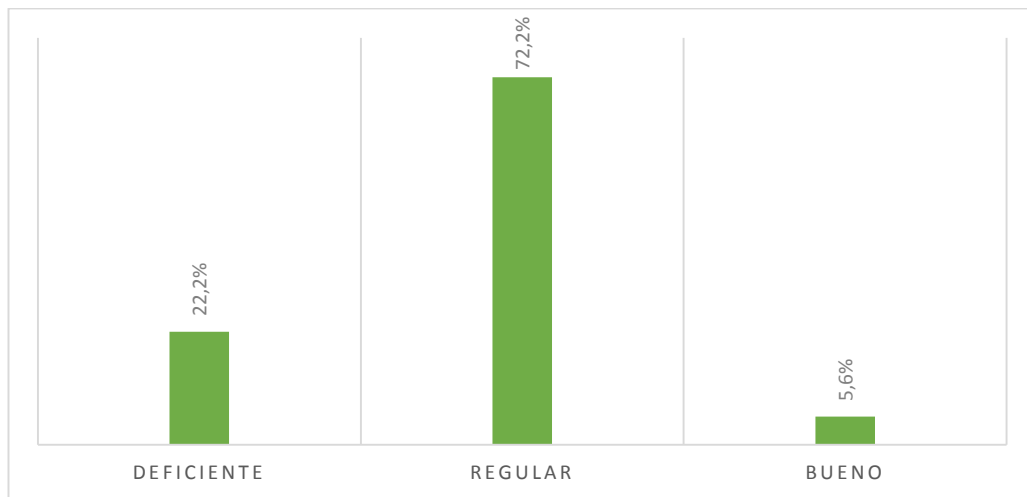
**Elaboración:** Lic. Mery Pineda

**Interpretación:**

En la presente tabla se aprecia que el cuidado humanizado es regular con un 72,2%, seguido de deficiente con un 22,2% y buen cuidado humanizado es de 5,6%.

**GRÁFICO N° 03**

**AUTOEFICACIA DEL CUIDADO HUMANIZADO DE LAS  
ENFERMERAS, AL PACIENTE EN LA UNIDAD DE  
RECUPERACIÓN HOSPITAL III DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN- TACNA 2019**



Fuente: Tabla N° 03

**TABLA Nº 04**

**EI CUIDADO HUMANIZADO AL PACIENTE DE LAS  
ENFERMERAS FRENTE AL CONOCIMIENTO Y LA  
ACTITUD EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN  
HOSPITAL III DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN- TACNA 2019**

CONOCIMIENTO Y ACTITUD		CUIDADO HUMANIZADO						TOTAL		x2
		DEFICIENTE		REGULAR		BUENO		Nº	%	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%			
CONOCIMIENTO	Bajo	3	16,7%	1	5,6%	0	0,0%	4	22,2%	X2= 11,752 GL= 2 P= 0,019 < 0,05
	Medio	0	0,0%	3	16,7%	1	5,6%	4	22,2%	
	Alto	1	5,6%	9	50,0%	0	0,0%	10	55,6%	
	TOTAL	4	22,2%	13	5,6%	1	5,6%	18	100,0%	
ACTITUD	Negativa	3	16,7%	0	0,0%	0	0,0%	3	16,7%	X2= 12,600 GL= 2 P= 0,002 < 0,05
	Positiva	1	5,6%	13	72,2%	1	5,6%	15	83,3%	
	TOTAL	4	22,2%	13	72,2%	1	5,6%	18	100,0%	

**Fuente:** Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna 2019

**Elaboración:** Lic. Mery Pineda

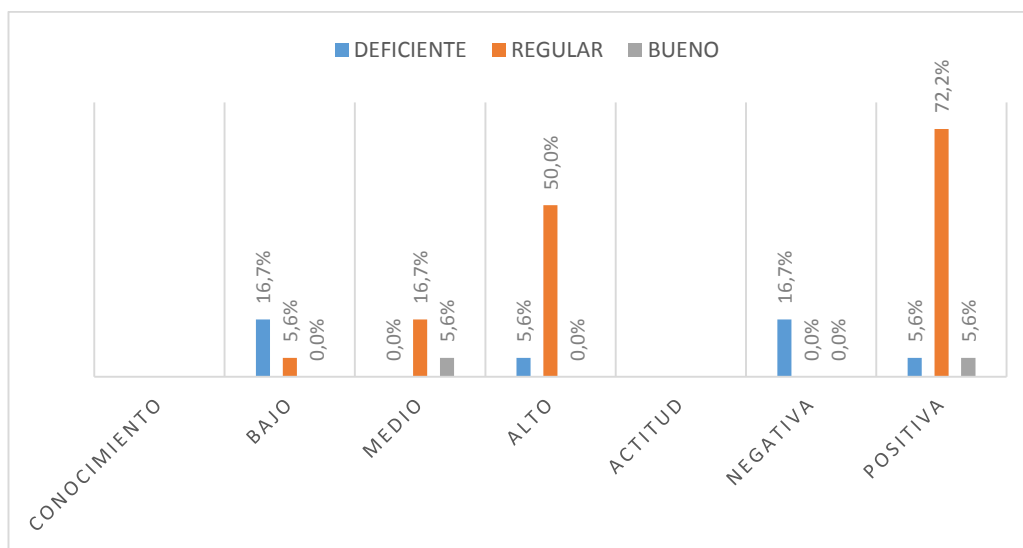
Interpretación:

En la presente tabla se aprecia que el conocimiento es alto con el 50% y un cuidado humanizado regular. El conocimiento es medio con un cuidado humanizado de 16,7%. De acuerdo al chi cuadrado hay relación significativa entre el conocimiento y el cuidado humanizado.

En cuanto a la actitud es positiva con un 72,2% seguida del cuidado humanizado regular y una actitud negativa con un cuidado humanizado deficiente de 16,7%. Se aprecia una relación significativa de la actitud y el cuidado humanizado.

### GRÁFICO N° 04

#### EL CUIDADO HUMANIZADO DE LAS ENFERMERAS FRENTE AL CONOCIMIENTO Y LA ACTITUD EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN- TACNA 2019



Fuente: Tabla N° 04

**TABLA N° 05**

**EI CUIDADO HUMANIZADO Y SUS DIMENSIONES RELACIONADO CON LA ACTITUD EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN- TACNA**

ACTITUD	CUIDADO HUMANIZADO dimensión conocimiento						Total		x2
	Deficiente		Regular		Bueno		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Negativa	2	11,1%	1	5,6%	0	0,0%	3	16,7%	X2= 11,520 GL= 3 P= 0,003 < 0,05
Positiva	0	0,0%	9	50,0%	6	33,3%	15	83,3%	
<b>TOTAL</b>	2	11,1%	10	55,6%	6	33,3%	18	100,0%	
<b>dimensión ritmos alternados</b>									
Negativa	3	16,7%	0	0,0%	0	0,0%	3	16,7%	X2= 18,000 GL= 2 P= 0,000 < 0,05
Positiva	0	0,0%	8	44,4%	7	38,9%	15	83,3%	
<b>TOTAL</b>	3	16,7%	8	44,4%	7	38,9%	18	100,0%	
<b>dimensión paciencia</b>									
Negativa	3	16,7%	0	0,0%	0	0,0%	3	16,7%	X2= 5,657 GL= 2 P= 0,059 < 0,05
Positiva	4	22,2%	10	55,6%	1	5,6%	15	83,3%	
<b>TOTAL</b>	7	38,9%	10	55,6%	1	5,6%	18	100,0%	
<b>dimensión sinceridad</b>									
Negativa	3	16,7%	0	0,0%	0	0,0%	3	16,7%	X2= 3,600 GL= 2 P= 0,165 > 0,05
Positiva	6	33,3%	8	44,4%	1	5,6%	15	83,3%	
<b>TOTAL</b>	9	50,0%	8	44,4%	1	5,6%	18	100,0%	
<b>dimensión confianza</b>									
Negativa	1	5,6%	2	11,1%	0	0,0%	3	16,7%	X2= 0,818 GL= 2 P= 0,664 > 0,05
Positiva	3	16,7%	9	50,0%	3	16,7%	15	83,3%	
<b>TOTAL</b>	4	22,2%	11	61,1%	3	16,7%	18	100,0%	
<b>dimensión humildad</b>									
Negativa	3	16,7%	0	0,0%	0	0,0%	3	16,7%	X2= 3,600 GL= 2 P= 0,165 > 0,05
Positiva	6	33,3%	8	44,4%	1	5,6%	15	83,3%	
<b>TOTAL</b>	9	50,0%	8	44,4%	1	5,6%	18	100,0%	
<b>dimensión esperanza</b>									
Negativa	3	16,7%	0	0,0%	0	0,0%	3	16,7%	X2= 2,291 GL= 1 P= 0,245 > 0,05
Positiva	8	44,4%	7	38,9%	0	0,0%	15	83,3%	
<b>TOTAL</b>	11	61,1%	7	38,9%	0	0,0%	18	100,0%	
<b>dimensión coraje</b>									
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Negativa	3	16,7%	0	0,0%	0	0,0%	3	16,7%	X2= 3,600 GL= 2 P= 0,165 > 0,05
Positiva	6	33,3%	8	44,4%	1	5,6%	15	83,3%	
<b>TOTAL</b>	9	50,0%	8	44,4%	1	5,6%	18	100,0%	

**Fuente:** Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna 2019

**Elaboración:** Lic. Mery Pineda

### **Interpretación:**

En la presente tabla se aprecia que la relación del cuidado humanizado con las dimensiones y la variable actitud. En cuanto a la dimensión de conocimiento es regular y se relaciona con la actitud positiva en un 50%. En la dimensión a los ritmos alternados es regular y la actitud es positiva en un 44,4%. En la dimensión paciencia es regular y la actitud es positiva con un 55,6%. En la dimensión sinceridad es regular con la actitud de 44,4%. En la dimensión confianza es regular seguido de la actitud positiva en un 50%. En la dimensión humildad es regular seguido de la actitud positiva con un 44,4%. La dimensión esperanza es deficiente seguido de la actitud positiva con un 44,4%. El Coraje es regular seguido de la actitud positiva con un 44,4%.

La relación es significativa de acuerdo a la prueba estadística entre el cuidado humanizado en las dimensiones conocimientos, ritmos alternados, paciencia y la actitud. Y no así en las dimensiones de sinceridad, confianza, humildad, esperanza y Coraje no existiendo relación significativamente.

**TABLA N° 06**

**EI CUIDADO HUMANIZADO Y SUS DIMENSIONES RELACIONADO CON EL CONOCIMIENTO EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN- TACNA 2019**

**CUIDADO HUMANIZADO**

CONOCIMIENTO	Dimensión conocimiento						Total		X2
	Deficiente		Regular		Bueno		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Bajo	2	11,1%	1	5,6%	1	5,6%	4	22,2%	X2= 8,520 GL= 4 P= 0,074 > 0,05
Medio	0	0,0%	2	11,1%	2	11,1%	4	22,2%	
Alto	0	0,0%	7	38,9%	3	16,7%	10	55,6%	
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>11,1%</b>	<b>10</b>	<b>55,6%</b>	<b>6</b>	<b>33,3%</b>	<b>18</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Dimensión ritmos alternados</b>									
Bajo	3	16,7%	0	0,0%	1	5,6%	4	22,2%	X2= 13,179 GL= 4 P= 0,010 < 0,05
Medio	0	0,0%	2	11,1%	2	11,1%	4	22,2%	
Alto	0	0,0%	6	33,3%	4	22,2%	10	55,6%	
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>16,7%</b>	<b>8</b>	<b>44,4%</b>	<b>7</b>	<b>22,2%</b>	<b>18</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Dimensión paciencia</b>									
Bajo	4	22,2%	0	0,0%	0	0,0%	4	22,2%	X2= 11,777 GL= 4 P= 0,019 < 0,05
Medio	1	5,6%	2	11,1%	1	5,6%	4	22,2%	
Alto	2	11,1%	8	44,4%	0	0,0%	10	55,6%	
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>21,4%</b>	<b>10</b>	<b>71,4%</b>	<b>1</b>	<b>0,0%</b>	<b>14</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Dimensión sinceridad</b>									
Bajo	4	22,2%	0	0,0%	0	0,0%	4	22,2%	X2= 8,550 GL= 4 P= 0,073 > 0,05
Medio	1	5,6%	2	11,1%	1	5,6%	4	22,2%	
Alto	4	22,2%	6	33,3%	0	0,0%	10	55,6%	
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>50,0%</b>	<b>8</b>	<b>44,4%</b>	<b>1</b>	<b>0,0%</b>	<b>18</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Dimensión confianza</b>									
Bajo	1	5,6%	2	11,1%	1	5,6%	4	22,2%	X2= 5,966 GL= 4 P= 0,202 > 0,05
Medio	0	0,0%	2	11,1%	2	11,1%	4	22,2%	
Alto	3	16,7%	7	38,9%	0	0,0%	10	55,6%	
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>22,2%</b>	<b>11</b>	<b>61,1%</b>	<b>3</b>	<b>0,0%</b>	<b>18</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Dimensión humildad</b>									
Bajo	3	16,7%	1	5,6%	0	0,0%	4	22,2%	X2= 4,938 GL= 4 P= 0,294 > 0,05
Medio	1	5,6%	2	11,1%	1	5,6%	4	22,2%	
Alto	5	27,8%	5	27,8%	0	0,0%	10	55,6%	
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>50,0%</b>	<b>8</b>	<b>44,4%</b>	<b>1</b>	<b>0,0%</b>	<b>18</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Dimensión esperanza</b>									

Bajo	3	16,7%	1	5,6%	0	0,0%	4	22,2%	$\chi^2 = 0,558$ GL = 2 P = 0,764 > 0,05
Medio	2	11,1%	2	11,1%	0	0,0%	4	22,2%	
Alto	6	33,3%	4	22,2%	0	0,0%	10	55,6%	
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>61,1%</b>	<b>7</b>	<b>38,9%</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>	<b>18</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Dimensión coraje</b>									
Bajo	4	22,2%	0	0,0%	0	0,0%	4	22,2%	$\chi^2 = 10,188$ GL = 4 P = 0,037 < 0,05
Medio	0	0,0%	3	16,7%	1	5,6%	4	22,2%	
Alto	5	27,8%	5	27,8%	0	0,0%	10	55,6%	
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>50,0%</b>	<b>8</b>	<b>44,4%</b>	<b>1</b>	<b>0,0%</b>	<b>18</b>	<b>100,0%</b>	

**Fuente:** Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna 2019

**Elaboración:** Lic. Mery Pineda

### Interpretación:

En la presente tabla se aprecia que la variable conocimiento es alto con el 38,9%, relacionado con la dimensión del conocimiento del cuidado humanizado siendo regular. Seguido se da el conocimiento alto con 33,3% y la dimensión de ritmos alternados es regular. El conocimiento es alto con un 44,4% y la dimensión del cuidado la paciencia es regular. El conocimiento es alto con un 33,3% con la dimensión del cuidado de sinceridad regular. El conocimiento es alto con un 38,9% seguido del cuidado humanizado regular con la dimensión confianza.

El conocimiento es alto con un 33,3% en la dimensión de esperanza y la relación con el cuidado es deficiente. El conocimiento es alto con un 27,8% con la dimensión de coraje siendo deficiente el cuidado. En cuanto a la relación significativa solo se da en las dimensiones; ritmos alternados y paciencia de acuerdo al chi cuadrado.

## 4.2. Discusión de los resultados:

De acuerdo a los resultados se puede mencionar: en la **tabla N°01** se puede apreciar que el nivel de conocimiento de las enfermeras frente al autoeficacia del cuidado al paciente el 55,6% tiene un conocimiento alto y un conocimiento medio y bajo con el 22,2 %.

**Sierralta (16)** manifiesta que el 53,3% de profesionales de Enfermería, presentan un nivel de conocimiento en proceso en prácticas de enfermería basado en evidencias.

Y de acuerdo al marco teórico el nivel de conocimiento significa acción y efecto de conocer, entendimiento, inteligencia y razón natural, conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia.

De acuerdo a la **tabla N° 02**, observamos que la actitud de las enfermeras es positiva en un 83,3% frente a la autoeficacia del cuidado humanizado en la unidad de recuperación, y es una actitud negativa con un 16,7%.

**Sanchez (13)** en su trabajo actitud de la enfermera quirúrgica frente al cuidado de personas con VIH/SIDA se aprecia que el 68% de enfermeras presentan actitud positiva durante el cuidado, y el 32% presenta una actitud negativa, similar parecido al trabajo en el Hospital Daniel Alcides Carrión.

**Serralta (16)** obtiene resultados en cuanto a actitudes desfavorables hacia las prácticas 63,3% en la unidad de Centro Quirúrgico. Teóricamente se puede decir que la actitud es el comportamiento cotidiano ante situaciones predeterminados de un instrumento en el pre-

operatorio, en el período de tiempo que transcurre antes que el paciente ingrese a centro quirúrgico.

En la **tabla N°03**, se aprecia que el cuidado humanizado es regular con un 72,2%, seguido de deficiente con un 22,2% y buen cuidado humanizado es de 5,6%.

De acuerdo a **Inca (14)** en su trabajo Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado del equipo de enfermería del centro Quirúrgico concluye en que la mayoría de los pacientes tiene una percepción medianamente favorable sobre el Cuidado Humanizado del equipo, similar al trabajo presentado.

**Pachas (17)** con el nivel de satisfacción del paciente posquirúrgico y calidad de los cuidados de enfermería en la unidad de recuperación; la calidad del cuidado de Enfermería eficiente (54%) relacionado con el nivel de satisfacción del paciente posquirúrgico. El cuidado transpersonal es una forma singular que aborda a la enfermera, es una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera, de proteger y realizar la dignidad humana, lo que permite trascender el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en la práctica.

En la presente **tabla N°04** se aprecia que el conocimiento es alto con el 50% y un cuidado humanizado regular. El conocimiento es medio con un cuidado humanizado de 16,7%. De acuerdo al chi cuadrado hay relación significativa entre el conocimiento y el cuidado humanizado.

En cuanto a la actitud es positiva con un 72,2% seguida del cuidado humanizado regular y una actitud negativa con un cuidado humanizado deficiente de 16,7%. Se aprecia una relación significativa de la actitud y el cuidado humanizado.

**Sanchez** (13) manifiesta en su trabajo que la actitud de la mayoría de las enfermeras que laboran en Centro Quirúrgico del Hospital frente al cuidado del paciente con VIH/SIDA es positiva, sin embargo, es considerable el % de enfermeras cuyo actitud es negativa.

**Melendez** (15) en su trabajo de conocimientos, actitudes y práctica del cuidado humanizado del profesional de Enfermería, dan como resultado que calificaron conocimiento medio 60%, actitud positiva con el 53,3% y la práctica del cuidado humanizado 50% calificaron regular. Para establecer la relación entre las variables obteniendo asociación entre conocimiento, actitud y la práctica del cuidado ( $p=0,000$ ) ( $p=0,005$ ). Estos hallazgos contribuirán con el mejoramiento de la práctica del cuidado humanizado del profesional de Enfermería. Los resultados son parecidos a nuestro trabajo.

En la presente **tabla N°05** se aprecia que la relación del cuidado humanizado con las dimensiones y la variable actitud. En cuanto a la dimensión de conocimiento es regular y se relaciona con la actitud positiva en un 50%. En la dimensión a los ritmos alternados es regular y la actitud es positiva es 44,4%. En la dimensión paciencia es regular y la actitud es positiva con un 55,6%. En la dimensión sinceridad es regular con la actitud de 44,4%. En la dimensión confianza es regular seguido de la actitud positiva de 50%. En la dimensión humildad es regular seguido de la actitud positiva con 44,4%. La dimensión esperanza es deficiente seguido de la actitud positiva con 44,4%. El Coraje es regular seguido de la actitud positiva con 44,4%.

La relación es significativa de acuerdo a la prueba estadística entre el cuidado humanizado en las dimensiones conocimientos, ritmos alternados, paciencia y la actitud. Y no así en las dimensiones de sinceridad, confianza, humildad, esperanza y Coraje no existiendo relación significativamente.

No se encuentra antecedentes para contrastar estos resultados

En la presente **tabla N°06** se aprecia que la variable conocimiento es alto con el 38,9%, relacionado con la dimensión del conocimiento del cuidado regular. Seguido se da el conocimiento alto con un 33,3% y la dimensión de ritmos alternados es regular. El conocimiento es alto con un 44,4% y la dimensión del cuidado la paciencia es regular. El conocimiento es alto con un 33,3% con la dimensión del cuidado de sinceridad es regular. El conocimiento es alto con un 38,9% seguido del cuidado humanizado regular con la dimensión confianza.

El conocimiento es alto con un 33,3% en la dimensión de esperanza y la relación con el cuidado es deficiente. El conocimiento es alto con un 27,8 % con la dimensión de coraje siendo deficiente el cuidado. En cuanto a la relación significativa solo se da en las dimensiones; ritmos alternados y paciencia de acuerdo al chi cuadrado.

No se evidencia antecedentes para contrastar las variables.

En cuanto a la hipótesis si se relaciona el conocimiento y actitudes con la autoeficacia del cuidado de la enfermera en la Unidad de Recuperación del Centro Quirúrgico.

## CONCLUSIONES

1. Que el nivel de conocimiento con el (55,6%) es alto frente a la autoeficacia del cuidado humanizado, el conocimiento es medio y bajo con el (22,2%) en las enfermeras de la Unidad de Recuperación de ESSALUD.
2. Que la actitud de las enfermeras es positiva en un (83,3%) frente a la autoeficacia del cuidado humanizado en las enfermeras de la Unidad de Recuperación de ESSALUD.
3. Que la autoeficacia del cuidado humanizado es regular con el (72,2%) en las enfermeras de la Unidad de Recuperación de ESSALUD.
4. Que la relación entre el conocimiento y el cuidado humanizado es regular con un conocimiento alto con el (50%). Y la actitud es positiva con un cuidado humanizado regular con el (72,2%) en las enfermeras.
5. Que el cuidado humanizado se relaciona significativamente con las dimensiones de conocimiento, ritmos alternados y la actitud en las enfermeras de la Unidad de recuperación del ESSALUD.
6. Que el conocimiento y sus dimensiones se relacionan significativamente con la autoeficacia del cuidado humanizado en las dimensiones ritmos alternados y la paciencia, más no en las otras dimensiones.

## RECOMENDACIONES

1. Que se debe fortalecer el conocimiento de las enfermeras a través de la educación continua en el servicio de Centro Quirúrgico del Hospital de ESSALUD Tacna.
2. Que se debe fortalecer las habilidades blandas en las enfermeras porque hay un 20% con dificultad en esta variable.
3. Que se debe Implementar un Programa de Cuidado Enfermero en las enfermeras del servicio de Centro Quirúrgico debido a que los resultados nos manifiesta que es regular en el cuidado del paciente quirúrgico.
4. Que se debe realizar estudio cuasiexperimentales en relación a la variable cuidado humanizado para obtener resultados más objetivos en las enfermeras en Centro Quirúrgico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Ministerio de Salud. Política nacional de calidad en salud: Documento técnico (internet). Perú. Chataro USAID.2009. disponible en <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1997.pdf>
- 2- Arias M. La ética y Humanización del Cuidado de Enfermería. Bogota: Tribunal Nacional de Etica de Enfermería 2007.
- 3- Cuidado y práctica de Enfermería. Grupo de cuidado Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Editorial Universidad Nacional de Colombia; Bogotá Colombia 2da. impresión 2010.
- 4- Organización Mundial de la Salud, escalas de medición en Enfermería, México; 2012.
- 5- Colegio de Enfermeros del Perú. Situación de Enfermería en centro Quirúrgico Lima 2012.
- 6- ESSALUD. Situación del Hospital DAC. Tacna. ESSALUD 2014.
- 7- Maestre M. Manual de Enfermería quirúrgica. 2da. edición España, editorial Asongraf; 2013.
- 8- Aldrete M.D. La necesidad de un sistema práctico y objetivo que permita evaluar la condición clínica en Enfermería del Hospital de Valencia España 2010.

- 9- Silva A. El crecimiento del equipo de enfermería en las instituciones de salud sobre el pre y post operatorio en México, 2014.
- 10-Sandoval M. Conocimientos, actitudes y prácticas; autocuidado post cesárea en pacientes atendidas en pacientes atendidas del hospital San Vicente de Paúl, Tesis de licenciada en enfermería, Universidad Técnica del Norte Ecuador 2017.  
<http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/7522>.
- 11-Alves H. , En el estudio analiza la escala de coma de Glasgow, viene siendo aplicada y registrada por los enfermeros de los servicios de emergencia del Hospital Honorio delgado de Arequipa 2014.
- 12-Guiza C. En un estudio sobre Nivel de conocimientos sobre cuidados pre, por e intra anestésicos en el Hospital de Moquegua, MINSA.2012.
- 13-Sánchez M. Actitud de la enfermera quirúrgica frente al cuidado de personas con VIH/Sida, centro quirúrgico del Hospital Regional docente Cajamarca. Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Chiclayo. 2017  
<http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/UNPRG/3430>.
- 14-Inca Serna María. Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado del equipo de Enfermería de centro quirúrgico de la

Clínica Internacional sede San Borja 2017. Tesis para optar el título de especialista en enfermería en centro quirúrgico. Lima 2017. Universidad Nacional Mayor de San Marcos- Facultad de Medicina, Unidad de posgrado, segunda especialidad en Enfermería.

15-Melendez, C. Conocimientos, actitudes y práctica del cuidado humanizado del profesional de enfermería del hospital III Iquitos Salud, Punchana. Tesis de licenciatura en enfermería, Universidad Nacional de la Amazonia. 2017  
<file:///Users/Elenita/Desktop/tesis%20de%20cuidado,%20conoc,%20actitud-2017.pdf>.

16-Sierralta, P. (2018). Conocimiento y actitudes de las enfermeras de la práctica de enfermería basada en evidencias en la unidad del centro quirúrgico del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Tesis de Segunda Especialidad Universidad Nacional del Callao.  
<http://repositorio.unac.edu.pe/handle/UNAC/3288>

17-Pacha Turpo, Sara Ponciana. (2018) Nivel de satisfacción del paciente postquirúrgico y calidad de los cuidados de enfermería en la unidad de recuperación post anestesia del Centro Quirúrgico Hospital Ilo- Moquegua 2018. Tesis de segunda especialidad en Enfermería en centro quirúrgico. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann- Segunda Especialidad.  
[http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3675/119\\_](http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3675/119_)

2019\_pacha\_turpo\_sp\_2da\_especialidad\_enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

18-Mogollon A (2019) Percepción del cuidado enfermero en paciente hospitalizados en el servicio de cirugía según la teoría de Kristen Swanson, Chiclayo 2019. Tesis de licenciatura, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo <http://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/1977>.

19-Rodriguez CF. Lo Cognoscitivo Y Psicosocial Como Factores De Riesgo En Salud. 1 era edición. Huancavelica – Perú. Servicios Gráficos Matices; 32, 38, 29p.

20-Rosental M. Que Es La Teoría Marxista Del Conocimiento. Ediciones Quinto Sol S.A. Mexico D.F; 1983. 66 – 19p.

21-Bunge, Mario. Filosofía. El Conocimiento Científico, [página web en internet]. 24 de febrero 2012 [citado 25 de febrero del 2017]. Disponible en: <https://bilosofia.wordpress.com/2012/02/24/introduccion-a-la-epistemologiasegun-mario-bunge/>.

22- Soto V, Olano E. Conocimiento y cumplimiento de medidas de bioseguridad en personal de enfermería. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga. Chiclayo 2002. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004.

- 23- Delgado E. Participación de la enfermera en el uso de la escala ASA, Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa Perú 2010.
- 24- Juárez P, García M. La importancia del Cuidado en enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2009; 17 (2): 109-111.
- 25- Espinoza L, Huerta K, Pantoja J, Velásquez W, Cubas D, Ramos A. El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho. Perú. Rev Ciencia y Desarrollo, 2011; 13:1-9.
- 26- Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring. Boston: Little Brown; 1979.
- 27- Urra, E. algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales revista ciencia y enfermería XVII (3); 11-22,2011. ISSN 0717-2079. Concepción dic. 2011.
- file:///Users/Elenita/Desktop/algunos%20aspectos%20esencia-jean%20watson.pdf
- 28- Fernández S. Cuidado y práctica de enfermería. Colombia: Editora Guadalupe Ltda; 2006.

# **ANEXOS**

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

**TÍTULO:** Conocimiento y Actitud de las enfermeras frente al cuidado humanizado del paciente en la Unidad de recuperación del Hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna 2019.

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA	ESCALA DE MEDICION	METODOLOGIA
¿Cuál es el conocimiento y actitud de las enfermeras frente a la autoeficacia del cuidado del paciente en la Unidad de Recuperación del Hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna-2019?	<p><b>GENERAL:</b> Determinar la relación entre el conocimiento y actitud de las enfermeras frente a la autoeficacia del cuidado humanizado Unidad de Recuperación Hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna 2019.</p> <p><b>ESPECÍFICO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar el nivel de conocimiento para evaluar al paciente la unidad de recuperación del Hospital Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna 2019.</li> <li>Identificar la actitud de las enfermeras frente a la autoeficacia del cuidado, Unidad de recuperación del Hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna 2019.</li> </ul>	<p><b>variable independiente</b></p> <p>conocimiento de las enfermeras. Actitud de la enfermera</p> <p><b>Variable Dependiente</b></p> <p>Autoeficacia del cuidado humanizado</p>	<p><u>Conocimiento</u></p> <p>“Una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera, de proteger y realizar la dignidad humana”, lo que permitirá trascender el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en la práctica (25)</p> <p><u>Actitud:</u> Comportamiento cotidiano ante situaciones predeterminadas en un instrumento clinimétrico en el pre-operatorio en</p> <p><u>Autoeficacia del cuidado humanizado</u></p>	<p>conocimiento: bajo medio alto</p> <p>Actitud: Negativo positivo</p> <p>Conocimiento Ritmos alternados Paciencia Sinceridad Humildad Esperanza coraje</p>		<p>Cualitativa: Bajo: 00-07 Medio: 08-14 Alto: 15-20</p>	nominal	<p><b>enfoque</b> cuantitativo</p> <p><b>tipo:</b> tipo básica</p> <p><b>método:</b> hipotético deductivo</p> <p><b>población y muestra:</b> la población es de 18 enfermeras, la muestra se trabajó al 100% de la población en estudio, al ser este un grupo reducido.</p>
						<p>Nagativa: 10-20 Positiva: 21-30</p>		
						<p><b>Conocimiento:</b> 6-14 deficiente 15-22 regular 23-30 bueno</p> <p><b>Ritmos alternados:</b> 04-09 deficiente 10-14 regular</p>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer la relación entre el conocimiento y actitud de las enfermeras frente a la autoeficacia del cuidado humanizado en la unidad de Recuperación del Hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna 2019.</li> <li>• Determinar la relación entre el conocimiento y el cuidado humanizado con sus dimensiones en la unidad de recuperación del Hospital Daniel Alcides Carrión Essalud- 2019.</li> <li>• Determinar la relación entre la actitud y el cuidado humanizado con sus dimensiones en la Unidad de recuperación del Hospital Daniel Alcides Carrión Essalud-2019</li> </ul>					<p>15-20 bueno  <b>Paciencia,</b>  <b>humildad,</b>  <b>esperanza,</b>  <b>coraje:</b>  03-07 deficiente  08-11 regular  12-15 bueno</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--	--

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería**

Instrucciones: estimado colega, se está realizando el trabajo de investigación para lo cual solicito su participación, se le informa además que esta información es confidencial:

**DATOS GENERALES:**

A) Edad \_\_\_\_\_

B) Sexo \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS SOBRE ESCALAS DE  
MEDICION:**

**1. ¿Qué es una escala de medición en la Unidad de Recuperación?**

- a) Facilita el trabajo de la enfermera
- b) Es importante porque se aplica para ayudar al diagnóstico.
- c) Eventualmente la recuperación completa de la anestesia y sus efectos a largo plazo puede requerir días y ocasionalmente semanas para funciones como pensamiento, concentración, memoria, manejar un carro, subir escaleras, tomar la decisión de escribir un cheque y volver a la normalidad.
- d) N.A:

**2. Las escalas de medición se usan para:**

- a) Sirva para evaluar inicialmente el estado físico de los pacientes al llegar a la sala de recuperación.
- b) Permita establecer una continuidad del cuidado de manera objetiva para seguir los pacientes esperando mejoría progresiva hacia un puntaje que permita darlos de alta.

- c) Revele los efectos de los anestésicos, antieméticos y otras drogas usadas para tratar los efectos secundarios (dolor, náuseas, etc.) común en estos casos. Las dosis y vías de administración pueden influir la velocidad con que los pacientes pueden ser dados de alta.
- d) La documentación del tipo de cuidado de enfermería y la observación que tuvo el paciente es importante no sólo para seguir los requisitos del cuidado sino también para la defensa legal en caso de complicaciones. Para satisfacer estos requisitos se ha propuesto el siguiente puntaje que se llama Puntaje de Recuperación Post anestésica para Pacientes Ambulatorios (PRPPA)

### 3. Relacione

- ( ) ALDRETE
- ( ) ASA
- ( ) EVA
- ( ) Glasgow
- ( ) RCV

Relaciones:

- a) Es la valoración según el estado físico del paciente de acuerdo a la Asociación Americana de Anestesia. Su nomenclatura va de I/V
- b) Se denomina RCV al riesgo cardiovascular su nomenclatura va de I / IV
- c) Es la nomenclatura que se le da a la escala análoga visual del dolor. Va de 1 a 10
- d) El Glasgow es la evaluación neurológica del coma su nomenclatura va del 0 al 14.
- e) Es la escala que permite valorar la recuperación post anestésica del paciente.

### 3. Importancia de las escalas de medición

- a) Es de suma importancia conocer las capacidades de los métodos diagnósticos y pronóstico empleados para la correcta interpretación de los resultados. Para ello son fundamentales la sensibilidad y

especificidad de una escala a la vez que la prevalencia esperada del problema en la población sujeta a estudio.

- b) Apoyo en el diagnóstico
- c) TA
- d) NA

## ESCALA DE ACTITUD SOBRE LAS ESCALAS DE MEDICIÓN

N°	Ítems	Siempre	A veces	nunca
1	No se debe olvidar que el criterio profesional es siempre necesario para tomar una decisión clínica, y que no sea la escala la que decida por el profesional.	3	2	1
2	Si el fin último de la administración de una escala es determinar una actitud terapéutica.	3	2	1
3	El valor obtenido fruto de la administración de una escala permite una comunicación sintetizada y objetiva, evitando equívocos por parte del receptor.	3	2	1
4	Es preciso mencionar que pacientes y profesionales utilizan constantemente escalas para comunicarse entre sí, tales como “me duele mucho la cabeza” o “he perdido un poco de peso”. No obstante, estas medidas deben ser consideradas como un proceso de evaluación y juicio personal	3	2	1
5	Siendo éste último el que decide su uso en función a una utilidad percibida, entre las que se encuentran de forma complementaria.	3	2	1
6	Son aplicables las escalas de medición.	3	2	1
7	Evalúa su actuar en cada momento.	3	2	1
8	El aplicar Sirve para evaluar inicialmente el estado físico de los	3	2	1

	pacientes al llegar a la sala de recuperación.			
9	Permita establecer una continuidad del cuidado de manera objetiva para seguir los pacientes esperando mejoría progresiva hacia un puntaje que permita darlos de alta.	3	2	1
10	Revele los efectos de los anestésicos, antieméticos y otras drogas usadas para tratar los efectos secundarios (dolor, náuseas, etc.) común en estos casos.	3	2	1

## VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

### VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO (ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

#### INTRUCCIONES:

El presente documento, tiene como objetivo el de recoger informaciones útiles de personas especializadas en el tema: **“CONOCIMIENTOS Y ACTITUD DE LAS ENFERMERAS FRENTE A LA AUTOEFICACIA DEL CUIDADO HUMANIZADO, UNIDAD DE RECUPERACIÓN HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRI.”**

Se compone de los 10 ítems. Los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una abolición escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente

**TABLA N° 04**  
**EI CUIDADO HUMANIZADO Y EL CONOCIMIENTO EN LA UNIDAD**  
**DE RECUPERACIÓN HOSPITAL III DANIEL ALCIDES**  
**CARRIÓN- TACNA 2019**

CONOCIMIENTO	CUIDADO HUMANIZADO						TOTAL	
	DEFICIENTE		REGULAR		BUENO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Bajo	3	16,7%	1	5,6%	0	0,0%	4	22,2%
Medio	0	0,0%	3	16,7%	1	5,6%	4	22,2%
Alto	1	5,6%	9	50,0%	0	0,0%	10	55,6%
TOTAL	4	22,2%	13	72,2%	1	5,6%	18	100,0%
		X <sup>2</sup> = 11.752		GL= 4		P= 0.019 < 0.05		

**Fuente:** Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna 2019

**Elaboración:** Cuestionario sobre nivel de conocimiento y actitud frente al autocuidado en el servicio de recuperación Hospital Daniel Alcides Carrión- Essalud Tacna 2019

**Interpretación:**

En la presente tabla, se aprecia que la relación entre el cuidado humanizado de la enfermera y el conocimiento; que el indicador conocimiento es alto con un 50,0% relacionado con un cuidado humanizado de la enfermera es regular. El conocimiento de la enfermera es medio con 16,7% relacionado con un cuidado humanizado regular. Y el conocimiento es bajo relacionado con cuidado humanizado de 5,6%.

Y de acuerdo al chi cuadrado nos da como resultado es de 0,019 lo que evidencia < 0,05.

**TABLA 05**  
**EI CUIDADO HUMANIZADO Y LA ACTITUD EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN- TACNA 2019**

ACTITUD	CUIDADO HUMANIZADO						TOTAL		
	DEFICIENTE		REGULAR		BUENO		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Negativa	3	16,7%	0	0,0%	0	0,0%	3	16,7%	
Positiva	1	5,6%	13	72,2%	1	5,6%	15	83,3%	
TOTAL	4	22,2%	13	72,2%	1	5,6%	18	100,0%	
		X <sup>2</sup> = 12.600		GL= 2		P= 0.002 < 0.05			

**Fuente:** Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna 2019

**Elaboración:** Cuestionario sobre nivel de conocimiento y actitud frente al autocuidado en el servicio de recuperación Hospital Daniel Alcides Carrión- Essalud Tacna 2019

**Interpretación:**

En la presente tabla , observamos que según el indicador de cuidado humanizado y su relación con la actitud apreciamos que; La actitud es positiva con un 72,2% relacionado con el cuidado humanizado regular. Seguido de actitud negativa con un cuidado humanizado deficiente con el 16,7%. Y solo el 5,6% tiene una actitud positiva versus el cuidado humanizado. Y la prueba del chi cuadrado muestra que el  $p=0,002 < 0.05$  lo que significa que .....

**TABLA N° 05**  
**EI CUIDADO HUMANIZADO Y LAS DIMENSIONES, EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN-TACNA 2019**

DIMENSIONES	DEFICIENTE		REGULAR		BUENO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Conocimiento	2	11,1%	10	55,6%	6	33,3%	18	100,0%
Ritmo	3	16,7%	8	44,4%	7	38,9%	18	100,0%
Paciencia	7	38,9%	10	55,6%	1	5,6%	18	100,0%
Sinceridad	9	50,0%	8	44,4%	1	5,6%	18	100,0%
Confianza	4	22,2%	11	61,1%	3	16,7%	18	100,0%
Humildad	9	50,0%	8	44,4%	1	5,6%	18	100,0%
Esperanza	11	61,1%	7	38,9%	0	0,0%	18	100,0%
Coraje	9	50,0%	8	44,4%	1	5,6%	18	100,0%

**Fuente:** Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna 2019

**Elaboración:** Cuestionario sobre nivel de conocimiento y actitud frente al autocuidado en el servicio de recuperación Hospital Daniel Alcides Carrión- Essalud Tacna 2019

**Interpretación:**

En la presente table se aprecia que las dimensiones del cuidado humanizado son regulares en su aplicación; siendo más altas en un 61,1% la confianza, seguido conocimiento, paciencia con un 55,6%. El resultado es deficiente con un 61,1% en esperanza, 50% en sinceridad, 50% en humildad, 50% en coraje.

ANEXO N° ....

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGA BASADRE GROHMANN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

*CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Por medio de la firma de este documento doy mi consentimiento para participar en la investigación científica titulada “ Conocimiento y Actitud de las enfermeras frente a la autoeficacia del cuidado humanizado unidad de recuperación hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna 2019”, siendo desarrollado por la lic. Mery Pineda Apaza egresada de la Segunda Especialidad de Centro Quirúrgico UNJBG.

Este trabajo abre puertas a posteriores investigaciones sobre el mismo tema.

Se aplicará dos instrumentos referidos al conocimiento y actitud de las enfermeras sobre el cuidado humanizado en la unidad de recuperación, el 1er. instrumento de conocimientos (consta de 4 preguntas ) y el instrumento de actitud de las enfermeras (consta de 10 preguntas) y el instrumento de autoeficacia de cuidado humanizado (consta de 16 preguntas) .

Por lo tanto, Yo \_\_\_\_\_ con DNI N° \_\_\_\_\_

Enfermera del servicio, me han explicado los objetivos del estudio, también me han comunicado que me entregarán cuestionarios para marcar y que durará aproximadamente 30 minutos, por otra parte me explicaron que la información que se proporcionará será estrictamente de carácter confidencial para fines de investigación científica.

\_\_\_\_\_

Firma de la enfermera

Firma de la investigadora

Tacna..... de..... del .....

