

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS SOBRE LOS CUIDADOS ENFERMEROS  
EN UNA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POS ANESTÉSICA DEL  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2024**

## **TESIS**

Presentada por:

**LIC. GLICETT FLORES CATAORA**

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:

**ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

**TACNA – PERÚ**

**2025**

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS SOBRE LOS CUIDADOS ENFERMEROS

EN UNA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POS ANESTÉSICA DEL

HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2024

## TESIS

Presentada por:

**LIC. GLICETT FLORES CATACTORA**


Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:

**ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente Jurado:



Dra. Elizabeth Balbina Huerta Tovar  
Presidenta



Dr. Wender Conderi Chipana  
Miembro



Dra. Carla Patricia Milagros Mori Fuentes  
Miembro



Dra. Carla Patricia Milagros Mori Fuentes  
Asesora

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo **Dra. Carla Patricia Milagros Mori Fuentes** en mi condición de asesor acreditado por la RESOLUCIÓN DE FACULTAD N°034-2024-SEP-FACS/UNJBG, de la tesis titulada: **CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS SOBRE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN UNA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POS ANESTÉSICA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2024**, presentado por la Lic. Glicett Flores Catacora, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajos de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 9 %.

Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD de la ESCALA DE SIMILITUD de la tesis está de acuerdo a la **SIMILITUD BAJA**: PERMITIDO, para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio Institucional.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para su obtención del título.

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Carla Patricia Milagros Mori Fuentes  
DNI: 00486562



Asesora

  
\_\_\_\_\_  
Lic. Glicett Flores Catacora  
DNI: 47044109



Tesista

## **DEDICATORIA**

Dedico este estudio a mi amado Señor Jesucristo, quien es mi guía y fortaleza en cada paso de mi vida. A mi familia, por ser mi motor y mi inspiración, gracias por creer en mí siempre.

A mi asesora Dra. Carla Patricia Milagros Mori Fuentes, por su guía experta y por su invaluable ayuda en la realización de esta tesis

Lic. Glicett Flores C.

## **AGRADECIMIENTO**

Primeramente, agradezco a Dios, por permitirme estudiar la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería, por guiarme, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi asesora de tesis, Dra. Carla Patricia Milagros Mori Fuentes por su invaluable apoyo, orientación y paciencia durante todo el proceso de investigación. Su guía experta fue fundamental para la culminación exitosa de este trabajo.

Lic. Glicett Flores C.

## ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	01
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO</b>	
1.1. Fundamentos y formulación del problema.....	04
1.2. Objetivos.....	09
1.3. Justificación.....	10
1.4. Formulación de hipótesis.....	13
1.5. Operacionalización de variables.....	13
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	22
2.2. Bases teóricas.....	30
2.3. Definición Conceptual de términos.....	70

### **CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1. Tipo y Diseño de Investigación.....	72
3.2. Población y Muestra.....	72
3.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	74
3.4. Procedimiento de recolección de datos.....	77
3.5. Procesamiento y análisis de datos.....	78
3.6. Consideraciones éticas.....	79

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

4.1. Resultados.....	80
4.2. Discusión.....	93

### **CONCLUSIONES**

### **RECOMENDACIONES**

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

### **ANEXOS**

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1 Características generales del profesional de enfermería en el servicio de centro quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024	81
TABLA 2 Nivel de conocimiento sobre los cuidados enfermeros en una unidad de recuperación post anestésica en el Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024	85
TABLA 3 Práctica sobre los cuidados enfermeros en una unidad de recuperación post anestésica en el Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024	87
TABLA 4 Dimensiones práctica sobre los cuidados enfermeros en una unidad de recuperación post anestésica en el Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024	89
TABLA 5 Relación de conocimiento y práctica sobre los cuidados enfermeros en una unidad de recuperación post anestésica en el Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024	91

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 1 Características generales del profesional de enfermería en el servicio de centro quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024	83
GRÁFICO 2 Nivel de conocimiento sobre los cuidados enfermeros en una unidad de recuperación post anestésica en el Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024	86
GRÁFICO 3 Práctica sobre los cuidados enfermeros en una unidad de recuperación post anestésica en el Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024	88
GRÁFICO 4 Relación de conocimiento y práctica sobre los cuidados enfermeros en una unidad de recuperación post anestésica en el Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024	92

## RESUMEN

El trabajo de investigación tuvo como **objetivo**: Determinar la relación entre el conocimiento y las prácticas sobre los cuidados enfermeros en una unidad de recuperación post anestésica del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024. **Metodología**: El estudio es de tipo cuantitativo de nivel relacional, de diseño no experimental, de corte transversal. La población fue de 45 profesionales de enfermería que laboran en centro quirúrgico, y la muestra objeto de estudio, fue el 100% de la población. Se utilizó como técnica la encuesta y el instrumento el cuestionario. Los **resultados**: Las características generales del profesional de enfermería indica que la edad es de 28 a 35 años (40%), sexo femenino (97,8%), años de experiencia de 1 a 5 años (44,4%), tipo de contrato es Nombrado (48,9%). El Nivel de Conocimiento sobre los cuidados enfermeros en URPA, es alto con un 64,4%. La Práctica sobre los cuidados enfermeros en URPA, es correcta con un 97,8% **Conclusión**: Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y práctica sobre los cuidados enfermeros en una unidad de recuperación post anestésica en el Hospital Hipólito Unanue, donde la  $X^2 = 45,000$ ,  $gl=2$  y  $p=0,000 < p=0,05$

**Palabras clave**: Nivel de conocimiento, prácticas, unidad de recuperación, enfermeras.

## ABSTRACT

The research work had the **objective:** To determine the relationship between knowledge and practices on nursing care in a post-anesthesia recovery unit of the Hipólito Unanue Hospital, Tacna 2024. **Methodology:** The study is of a quantitative type of relational level, non-experimental design, cross-sectional. The population was 45 nursing professionals who work in a surgical center, and the sample object of study was 100% of the population. The survey technique and the questionnaire instrument were used. The **results:** The general characteristics of the nursing professional indicate that the age is 28 to 35 years (40%), female sex (97,8%), years of experience from 1 to 5 years (44,4%), type of contract is Appointed (48,9%). The Level of Knowledge about nursing care in the URPA is high with 64,4%. The nursing care practice in the URPA is 97,8% accurate. **Conclusion:** There is a statistically significant relationship between the level of knowledge and nursing care practice in a post-anesthesia recovery unit at the Hipólito Unanue Hospital, where  $X^2 = 45.000$ ,  $df = 2$ , and  $p = 0.000 < p = 0.05$ .

**Keywords:** Level of knowledge, practices, recovery unit, nurses.

## INTRODUCCIÓN

La atención en la unidad de recuperación pos anestésica (URPA) constituye una fase crítica en el proceso quirúrgico, donde el paciente transita del estado anestésico hacia la recuperación de sus funciones vitales. En esta etapa, el rol del profesional de enfermería es esencial, ya que debe vigilar estrechamente los signos vitales, manejar el dolor, prevenir complicaciones postoperatorias y garantizar la seguridad del paciente durante su recuperación inmediata.

El conocimiento y las prácticas del personal de enfermería en la URPA son determinantes para asegurar una atención oportuna y eficaz. Esto incluye una comprensión sólida de los efectos de los diferentes tipos de anestesia, el monitoreo hemodinámico, el manejo de dispositivos invasivos y no invasivos, así como la identificación temprana de signos de deterioro clínico. La falta de preparación o deficiencias en estas competencias pueden incrementar el riesgo de eventos adversos y prolongar el tiempo de recuperación del paciente.

Diversos estudios han evidenciado que existen brechas entre el conocimiento teórico y la práctica clínica en cuidados pos anestésicos, lo cual puede estar relacionado con factores como la sobrecarga laboral, la

falta de capacitaciones continuas o la ausencia de protocolos estandarizados. En el contexto peruano, particularmente en establecimientos públicos como el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, estos desafíos pueden ser aún más marcados debido a limitaciones de recursos y alta demanda asistencial.

Frente a esta realidad, se hace necesario evaluar el nivel de conocimiento y las prácticas del personal de enfermería que labora en la unidad de recuperación pos anestésica, con el fin de identificar fortalezas y debilidades que permitan implementar estrategias de mejora continua en la calidad del cuidado. Esta investigación busca aportar evidencia que sustente futuras capacitaciones, actualización de protocolos y fortalecimiento del rol enfermero en este ámbito crítico.

Por tanto, el presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el conocimiento y las prácticas sobre los cuidados enfermeros en una unidad de recuperación post anestésica del Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2024, con la finalidad de contribuir a la mejora de la atención postoperatoria y la seguridad del paciente quirúrgico.

Esta investigación consta de cuatro capítulos, el primer capítulo Planteamiento del estudio hace referencia a los fundamentos y formulación del problema, objetivos, justificación, formulación de hipótesis y operacionalización de variables. El segundo capítulo contiene los antecedentes de investigación, bases teóricas y definición conceptual de términos. El capítulo tercero contiene el diseño de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimientos de recolección de datos y procesamiento de datos. En el capítulo cuatro se detalla los resultados y la discusión, para culminar con las conclusiones, recomendaciones, referencias, bibliografía y anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO**

#### **1.1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

En todo el mundo, se estima que cada año se realizan 4 664 procedimientos quirúrgicos por cada 100000 personas (1). La competencia de enfermería pre y postoperatoria es esencial para garantizar la seguridad de los pacientes quirúrgicos durante las estancias hospitalarias (2,3).

La recuperación de la anestesia es un proceso gradual de funciones orgánicas y reflejos vitales que pueden asociarse a complicaciones con grandes consecuencias para la vida del paciente, juega un papel fundamental el tratamiento médico y la calidad de los cuidados de enfermería en el postoperatorio, por ello el personal debe desarrollarse, formarse y actualizar conocimientos, para saber identificar, evaluar y responder con eficacia ante cualquier suceso que pueda suponer un riesgo para el individuo. A partir del diagnóstico; el médico y enfermera planifican, ejecutan y evalúan el cuidado en forma eficaz, segura y oportuna, empleando habilidades cognitivas, psicomotoras e interpersonales (4).

Los cuidados de enfermería en la Unidad de recuperación post anestésica, se encuentra comprendido en el periodo postoperatorio inmediato, donde

es el tiempo de mayor riesgo donde desarrolla en una sala de recuperación con todos los sistemas de monitorización, generalmente cercana al área quirúrgica y se continúa en la sala o habitación de origen del paciente (5).

El avance de nuestra profesión ha hecho que se desarrolle la figura de enfermera de anestesia, para garantizar los cuidados necesarios y específicos durante cada tipo de intervención, además de prevenir cualquier tipo de complicaciones potencialmente graves. La función de la enfermería, en su vertiente asistencial, abarca una serie de procesos que engloban todo el proceso de la intervención quirúrgica, son los llamados procesos perioperatorios: preoperatorio, intraoperatorio y postoperatoria.

El profesional de enfermería de la Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA), admite al paciente post operado, para brindar cuidado seguro, prevenir e identificar oportunamente signos de probables complicaciones postanestésica y quirúrgicas, así como registrar minuciosamente los cuidados brindados aplicando la metodología de enfermería que permitan la supervivencia, calidad de vida y bienestar holístico de la persona cuidada (6).

El cuidado de enfermería eficiente durante el postoperatorio inmediato implica conocimientos y habilidades específicas para el manejo del

paciente sometido a cirugías de complejidades variadas; planificando y aplicando una adecuada metodología del proceso de atención de enfermería (PAE) (7).

La formación de competencias de enfermería clínico - quirúrgica se revierte en mayor seguridad para el paciente intervenido quirúrgicamente, las que deben ir a la par de la evolución en las técnicas y tecnologías quirúrgicas para garantizar los cuidados según las necesidades del paciente (8).

La Unidad de recuperación posanestésica, es un área clínica diseñada específicamente para recibir atención continua a los pacientes después de una cirugía. Estas áreas cuentan con personal capacitado que brinda atención directa al paciente hasta que se logre el alta y terminara con la transferencia a su servicio o a UCI (9).

La unidad de recuperación pos anestésica comenzó a surgir cuando se vio que el periodo de recuperación tenía varios problemas comunes y potencialmente graves que podrían ser evitados mediante la observación estrecha y la instauración rápida de un tratamiento adecuado, cuyo objetivo es asegurar la conservación de una función respiratoria adecuada, vigilar y prevenir la depresión respiratoria, mantener el estado hemodinámico del paciente, vigilar el estado de conciencia y condiciones generales del

paciente y conservar la seguridad del paciente y promover su comodidad (10).

Las necesidades de la unidad de recuperación posanestésica, es debido a la edad de los pacientes quirúrgicos, el aumento de las comorbilidades de los pacientes quirúrgicos, el aumento de la complejidad de los procedimientos quirúrgicos, el aumento de las indicaciones quirúrgicas por disminución de los riesgos anestésicos asociados (10).

Estas áreas deben ser atendidas por profesionales debidamente capacitados, y todas aquellas personas que trabajan en la URPA deben tener entrenamiento en anestesia y emergencias, siendo la responsabilidad final que recae en el anestesista hasta que los pacientes estén en condiciones de ser dados de alta o referidos a otra área como cuidados intensivos (10).

En el estudio de Cubas M. et al, refieren que la enfermera debe estar en constante interacción con el paciente, estableciendo una relación de confianza, que permitirá rápidamente la identificación de necesidades y una pronta recuperación. La sala de Recuperación post anestésica es un espacio donde el paciente pasa parcialmente poco tiempo, la enfermera debe centrarse en las necesidades más puntuales y esenciales en este tiempo de su evolución, sin impedir que si se detecta algún otro problema

se debe incluir y tratar en el momento preciso y no esperar que se complique (11).

A nivel internacional en España , el estudio de Jimeno – San Martín L. et al (12), menciona es su estudio que muchas complicaciones relacionadas pueden surgir tanto el posoperatorio inmediato como tardío, y requieren de un manejo estandarizado y multidisciplinario. La ausencia de protocolos estandarizados plantea la necesidad de futuros estudios para medir la efectividad de los cuidados a los pacientes.

En España, el estudio de Miranda, R. (13), menciona que, gracias a los cuidados del profesional de enfermería de anestesia que proporciona al paciente, se evitan las posibles complicaciones y se reduce la estancia hospitalaria.

En la unidad de recuperación post anestésica del hospital Hipólito Unanue de Tacna, no contaba con el personal suficiente para la atención de enfermería durante las 24 horas, lo que originaba que la atención especializada por enfermería no se llevara a cabo de forma continua, ocasionando un riesgo en el paciente que iba a piso aún con efectos de la anestesia. Se ha presentado últimamente la muerte de una paciente con

hemorragia interna, y que la valoración tanto recae en enfermería debido a que ella valora sus funciones vitales, observación de la herida operatoria, el tipo de dolor, valoración de la diuresis etc. Ahora, sumado a ello actualmente se cuenta con personal nuevo rotando, personal que en ocasiones no tiene la especialidad en el área y centro quirúrgico es un área crítica, por ello es necesario hacer más esfuerzo en adquirir conocimientos teóricos y destrezas para ofrecer una mejor atención al paciente postoperado y conocer los protocolos del servicio quirúrgico, es por ello que necesitará medirse sobre su conocimiento y cuidados. A todo lo anterior mencionado me motiva a realizar el presente estudio de investigación.

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento y las prácticas sobre los cuidados enfermeros en una unidad de recuperación post anestésica del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024?

### **1.2. OBJETIVOS**

#### **1.2.1. OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la relación entre el conocimiento y las prácticas sobre los cuidados enfermeros en una unidad de recuperación post anestésica del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024.

### **1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar el nivel de conocimiento sobre los cuidados enfermeros en una unidad de recuperación post anestésica del Hospital Hipólito Unanue
- Identificar las prácticas sobre los cuidados enfermeros en una unidad de recuperación post anestésica del Hospital Hipólito Unanue
- Establecer la relación entre el conocimiento y las prácticas sobre los cuidados enfermeros en una unidad de recuperación post anestésica del Hospital Hipólito Unanue.

### **1.3. JUSTIFICACIÓN**

El cuidado del paciente postoperatorio es prioridad estratégica y un desafío para la enfermería ya que promoverá mejoras en la atención brindada en los cuidados del paciente, satisfacer sus necesidades generales y básicas, con una atención integral y humana.

Enfermería cumple un papel de vital importancia en la recuperación inmediata hacia pacientes post operados. Así la enfermera proporciona una atención personalizada a cada paciente según sus características y satisfacer sus necesidades y expectativas con la más alta competencia y

calidad. Cabe resaltar que se debe considerar que la persona es un individuo único y requerirá atenciones enfocadas especialmente en él y no a su dolencia, se debe tratar a la persona como un todo.

Durante la recuperación el profesional de enfermería debe identificar los signos y síntomas que son percibidos durante la vulnerabilidad del paciente y para evitar las complicaciones posteriores, por lo cual se necesita de un profesional con preparación y conocimiento sobre el área, habilidades y experiencia para poder responder a todas las expectativas que desea el paciente y poder lograr su completo bienestar (14).

La detección, manejo de las posibles complicaciones y seguimiento necesario durante el periodo de recuperación que surgen durante este tiempo, y los profesionales especializados son responsables, por ello, deberá contar con la capacitación y formación del profesional (9).

## **JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA**

Se justifica metodológicamente porque permite obtener datos empíricos y objetivos sobre el nivel de conocimiento y la aplicación de las prácticas enfermeras en la unidad de recuperación posanestésica (URPA). Se utilizará un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, que posibilita

evaluar de manera sistemática las habilidades, actitudes y conocimientos del personal de enfermería, permitiendo así establecer relaciones entre el conocimiento teórico y la práctica clínica en un entorno hospitalario específico. La metodología elegida permite identificar brechas formativas y contribuir al diseño de intervenciones basadas en evidencia científica.

### **JUSTIFICACIÓN SOCIAL**

Es relevante desde el punto de vista social, porque la población objetivo son los pacientes postoperatorios, y enfermería realizará las acciones correctivas en el cuidado post operatorio de los pacientes, para que así los pacientes puedan reintegrarlo a la sociedad en el menor tiempo posible, a la vida diaria y al trabajo.

Desde el punto de vista científico, proporcionará conocimientos actualizados relacionados con los cuidados enfermeros durante la atención del post operatorio inmediato en URPA, cuyos resultados contribuirán a las ciencias de la salud, sobre el cuidado enfermero.

### **JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA**

Desde el punto de vista práctico, con la aplicación de los instrumentos, los resultados nos ayudarán a establecer sugerencias respectivas sobre la práctica de los cuidados.

Al brindar una buena calidad de cuidado hacia el paciente post operado podemos evitar daños, incapacidades e infecciones ya que estamos involucrados en el mayor número de procesos pudiendo hacer la diferencia entre el éxito de una cirugía o principios de una serie de complicaciones para el usuario.

#### **1.4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS**

**Hi:** Existe relación entre el conocimiento y Prácticas sobre los cuidados enfermeros en una Unidad de Recuperación post anestésica del Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2024.

**Ho:** No existe relación entre el conocimiento y Prácticas sobre los cuidados enfermeros en una Unidad de Recuperación post anestésica del Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2024.

#### **1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

##### **VARIABLE INDEPENDIENTE:**

Conocimiento sobre los cuidados enfermeros URPA

##### **VARIABLE DEPENDIENTE:**

Práctica sobre los cuidados enfermeros URPA

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>Conocimiento sobre los cuidados enfermeros en la URPA.</b>	Conjunto de información, habilidad y entendimiento que la enfermera adquiere y procesa a lo largo de su vida. Es el grado de conocimiento sobre los cuidados enfermeros en la URPA,	Criterios de ingreso a URPA	Criterios de ingreso	Nivel de conocimiento alto: 18 - 20 Nivel de conocimiento medio: 14 -17 Nivel de conocimiento bajo:10 -13
			Valoración inicial de la escala de Aldrete	
			Valoración pediátrica de Steward	
		Evaluación de la función respiratoria	Evaluación de la función respiratoria	
			Reflejos protectores de las vías respiratorias	
			Vía aérea permeable	
		Evaluación de la función cardiovascular	Evaluación de la función cardiovascular	
			Detección de arritmias: EKG.	
			Presión arterial	
			Perfusión periférica	
		Evaluación neurológica	Evaluación del nivel de conciencia	
			Nivel de sedación	
			Valoración pupilar (reactividad y tamaño)	
		Valoración de las funciones vitales	Monitorización constante de las funciones vitales: T°, FC, PA, PAM, SpO2. PCO2.	
Evaluación de la permeabilidad de vías endovenosas	Permeabilidad de las vías endovenosas			
	Fijación de las vías			

		Valoración del estado hemodinámico	Medición de la PVC	
			Volemia: Hb pre y post, sangrado etc.	
			Balance hídrico: ingresos y egresos	
			Diuresis	
		Valoración de la herida operatoria	Revisión constantemente de los apósitos, vendajes y drenajes si lo hubiese, por si hay sangrado	
		Evaluación del nivel del dolor	Escala de valoración del dolor	
			Tratamiento del dolor	
		Complicaciones más frecuentes	Complicaciones respiratorias Complicaciones cardiocirculatorias Complicaciones neurológicas Complicaciones renales Náuseas y vómitos postoperatorios Alteraciones de la temperatura y temblores	

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>Práctica sobre los cuidados enfermeros en la URPA.</b>	La práctica de cuidados de enfermería en la Unidad de recuperación pos anestésica, se encuentra comprendido en el periodo postoperatorio inmediato, donde es el tiempo de mayor riesgo, donde se desarrolla en una sala de recuperación con todos los sistemas de monitorización, generalmente cercana al área	Recepción del paciente	Presentación del paciente:	Práctica de cuidados correcta: 30 - 58 Práctica de cuidados incorrecta: 0 – 29
			Valoración inicial con la escala de Aldrete - Steward.	
			Valoración de signos vitales	
			Niveles de conciencia	
			Administración de oxígeno si procede	
			Valoración de la herida operatoria: revisando los apósitos, vendajes y drenajes si los hubiese. (en busca de sangrado)	
			Valoración de actividad motriz	
			Valoración de la piel	
			Valoración de las vías endovenosas (permeabilidad), sean periféricas, CVC, PICC o catéter port, fijación.	
		Valoración de los drenajes y sondas: (características: sangre, bilis, heces, orina, etc) y los registra.		
		Registro en la gráfica		
	Monitoreo de la conciencia	Valora el estado conciencia: y orientación: Ramsay. Glasgow, Stewart.		
	Monitoreo respiratorio	Valoración de la función respiratoria: Frecuencia y calidad de las respiraciones		

quirúrgica, cuyos cuidados empiezan desde la recepción del paciente hasta el alta del paciente de la unidad.		Valoración gasométrica
		Oximetría de pulso
		Capnografía
		Administrar oxígeno usando el dispositivo necesario de acuerdo a la necesidad del paciente, teniendo en consideración la concentración, flujo y modo de administración.
	Monitoreo hemodinámico	Valora el tipo de cirugía y el tipo de anestesia (Evaluar la profundidad anestésica: BIS)
		Frecuencia cardíaca: Detección temprana de cambio.
		Presión arterial: Detección temprana de cambios
		Temperatura
		Relajación muscular
		BH intrasop: ingresos y egresos
		PVC: aumentado o disminuido
		Aga y Electrolitos
		Volemia: Hb: pre y post, sangrado, hematuria, exovag, apósitos sanguinolentos

			Diuresis: anuria/ oliguria, diuresis normal, poliurea.	
		Monitoreo clínico	Tratamiento profiláctico y /o prescrito	
			Valoración de resultados de laboratorio	
			Valoración y manejo del dolor: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Localización, características e intensidad, a través del CFV y uso de la escala EVA.</li> <li>✓ Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor (administración de analgésicos prescrito)</li> </ul>	
			Fluidoterapia: Tipo de cristaloides: ritmo de infusión y tipo.	
			Coordina interconsultas, exámenes de laboratorio, radiológicos de ayuda al dx. , con banco de sangre entre otros de ser necesario y previa indicación médica	
			Cuidados de los Adimentos: CVC, VP, SNG, exovag, SV. <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cuidados del CVC, VP: permeabilidad.</li> </ul>	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cuidados de los drenajes: permeabilidad, cantidad, color y consistencia.</li> <li>✓ Cuidados de la sonda vesical: posición de drenaje, características y cantidad de orina, distensión, retiro.</li> </ul>	
			Herida operatoria: revisión de apósitos, vendajes y drenajes en busca de sangrado.	
		Manejo de la vía aérea y precaución para evitar broncoaspiraciones	<p>Eliminar secreciones fomentando y enseñando a toser de manera efectiva.</p> <p>Aplica NBZ con medicamento farmacológico según prescripción.</p> <p>Aspiración de secreciones de ser necesario</p> <p>Asegura la eliminación de las secreciones mediante fisioterapia respiratoria: drenaje postural, percusión, vibraciones, respiración diafragmática</p> <p>Colocación de cánula de Guedel, si es necesario</p> <p>Fomentar respiración lenta y profunda.</p> <p>Administrar aerosolterapia prescrita.</p>	
		Manejo ambiental, regulación de la	<p>Ajustar temperatura ambiental adecuada.</p> <p>Proporcionar o retirar mantas</p>	

		temperatura, seguridad y confort.	<p>Medidas de seguridad como las barandillas laterales</p> <p>Determinar las incomodidades del paciente como sábanas mojadas, arrugas en la ropa de cama, posiciones...</p> <p>Colocar al paciente manteniendo la alineación del cuerpo, apoyo de articulaciones, uso de almohadas para mayor confort.</p> <p>Vigilar la piel</p> <p>Ajustar la iluminación y evitar ruidos indeseables para el mejor descanso del enfermo.</p>	
		Control de infecciones	<p>Mantener técnicas de aislamiento si procede</p> <p>Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes</p> <p>Garantizar una manipulación aséptica de las líneas intravenosas, mantener los apósitos bien pegados, limpios.</p> <p>Utilizar técnica estéril para inserción de catéteres, sondas, cuidados de úlceras.</p>	

		<p>Reconocimiento de y manejo de complicaciones</p>	<p>Identifica las posibles complicaciones durante el monitoreo permanente  Si ( ) No ( ). Cuáles:  Complicaciones respiratorias  Complicaciones cardiocirculatorias  Complicaciones neurológicas  Complicaciones renales  Náuseas y vómitos postoperatorios  Alteraciones de la temperatura y temblores</p> <p>Realiza el manejo adecuado ante la presencia de una complicación.  Si ( ) No ( ).</p>	
		<p>Criterios de alta</p>	<p><b>Prueba d ALDRETE</b>  Puntaje en la escala de Aldrete mayor 8 pueden recibir el alta en esta fase de recuperación.</p> <p>Coordina con hospitalización o a la UCI, para su transferencia.</p> <p>Registra en la hoja de monitoreo, con sus notas de enfermería, nombre y firma del responsable.</p>	

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **A NIVEL INTERNACIONAL**

**Días, L et al (15)**, realizan el estudio sobre “Análisis de variables perioperatorias y su relación con complicaciones en la Unidad de Cuidados posanestésicos”, cuyo objeto de estudio es Analizar la frecuencia de las complicaciones en la URPA por especialidades quirúrgicas y su relación con variables pre, intra y posoperatorias inmediatas. Método de nivel relacional, transversal. Resultados: la hipotermia fue más frecuente en cirugías generales y ginecológicas en mujeres, asociándose a anestesia general o espinal y posicionamiento litotómico ( $p < 0,05$ ). Náuseas en general y cirugías ginecológicas ( $p = 0,05$ ), y vómitos en general ( $p = 0,01$ ). Dolor en cirugías generales, asociado a anestesia general y prescripción intraoperatoria de analgésicos ( $p < 0,05$ ). La cirugía general aumenta las posibilidades de dolor en la UCPA 3,5 veces ( $p = 0,01$ ). Conclusiones: hubo mayor frecuencia de hipotermia, dolor y náuseas/vómitos, asociados a especialidades ginecológicas y generales, sexo femenino, posicionamiento quirúrgico litotómico, prescripción analgésica intraoperatoria y anestesia raquídea y general.

**Valle, M. et al (16)**, realiza el estudio sobre “Cuidados de enfermería durante el postoperatorio inmediato y los factores que lo limitan en tres unidades hospitalarias” en Ecuador; cuyo objetivo proceso investigativo fue describir las intervenciones de enfermería durante postoperatorio inmediato y los factores que limitan el cuidado en tres unidades hospitalarias. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, mediante un estudio no experimental, descriptivo y de corte transversal. Los resultados permitieron apreciar que la mayoría de los participantes aplicaba *siempre* los elementos del cuidado de enfermería durante el posoperatorio relacionados con las 8 dimensiones estudiadas: en el sistema neurológico, el 100% manifiesta que siempre administra medicamentos según indicaciones médicas y ejecuta cuidados de acuerdo con tipo de anestesia y cirugía realizada y el 65, 52% valora el dolor empleando la escala visual análoga (EVA). En el estado emocional, el 44,83% menciona que a veces brinda orientaciones generales sobre los cuidados posoperatorios. En el sistema cardiovascular: EL 100% refiere que siempre valora las constantes vitales y administra cuidados antitrombóticos (según prescripción). En el sistema respiratorio: El 100% menciona que siempre verifica la permeabilidad de las vías aéreas, brinda oxigenoterapia, valora la frecuencia respiratoria, pulsioximetría, profundidad de la respiración, ruidos respiratorios. En el sistema gastrointestinal: el 79,31% indaga siempre si hay presencia de vómito. Y el 37,93% menciona realizar siempre la valoración de los signos de distensión

abdominal. En el sistema renal, el 100% siempre valora los signos de deshidratación y la funcionalidad de la sonda vesical, además de las características y el volumen de la orina. En el sistema tegumentario: El 100% aborda siempre la verificación de la piel e integridad e inspecciona el estado del apósito que cubre el área de la incisión. En el sistema musculoesquelético: el 75,86% valora el deterioro de la movilidad física y el 51,72% determina siempre el riesgo de caídas; así como el grado de dependencia. Concluyendo que, la mayoría de los participantes aplicaban siempre los elementos de cuidados de enfermería durante el postoperatorio en las ocho dimensiones.

**Valle, M. et al (17)**, realiza el estudio sobre “Cuidado de enfermería durante el postoperatorio inmediato” El objetivo del proceso investigativo fue describir las intervenciones de enfermería durante el postoperatorio inmediato y los factores que limitan el cuidado en tres unidades hospitalarias de la provincia Imbabura, Ecuador, durante el primer trimestre del 2020. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, mediante un estudio no experimental, descriptivo y de corte transversal. El análisis de las limitaciones para el desarrollo de las intervenciones de enfermería en las dimensiones investigadas permitió establecer el predominio de los elementos relacionados con las demandas de los pacientes (48,28%); siendo la falta de tiempo el menos señalado, para un 6,9%. Los resultados

permitieron apreciar que la mayoría de los participantes aplicaba siempre los elementos del cuidado de enfermería durante el posoperatorio relacionados con las 8 dimensiones estudiadas. Sin embargo, se debe señalar que sería importante potenciar el uso de herramientas estandarizadas de valoración como las diversas escalas.

**Baquerizo, G. (18)**, realizó el estudio sobre “ Cuidados de enfermería en el postoperatorio de colecistectomía en pacientes de 20 a 65 años del hospital básico IESS Ancón” , 2021. El objetivo principal del estudio es: Evaluar los cuidados de enfermería en el post operatorio de colecistectomía, tipo no experimental, utilizando una metodología descriptiva. Resultados: el 100% de los licenciados, cumplen con el cuidado correcto de la herida quirúrgica, el 72% de los pacientes indican que se sienten muy satisfechos en cuanto al buen cuidado físico que le brinda el profesional de salud. Concluyendo: cuidado que brinda el personal de enfermería hacia los pacientes donde se evalúa de manera gradual la evolución de cada uno de ellos para lograr la recuperación total del paciente.

## **ANTECEDENTES NACIONALES**

**Sánchez, K (19)**, realizó un estudio sobre “ Calidad de los cuidados de enfermería en pacientes post operados inmediatos en el servicio de cirugía

del hospital de Barranca”, 2022, cuyo objetivo general: Determinar la calidad de los cuidados de enfermería en paciente post operados inmediatos de tipo básico, de diseño no experimental; descriptivo y transversal. Resultados en la dimensión de trato humanizado que el 98,8% tiene buen trato, el 0,6% presentó regular trato humano y 0,6% deficiente; de acuerdo a la dimensión claridad de información el 97,1% indicó que hay buena claridad de información, el 2,9% presentó regular claridad de información; en la dimensión cuidados estandarizados de enfermería el 96,5% presentó buen cuidado, el 3,5% que expresó que hubo una regular y de acuerdo a la calidad de cuidado de enfermería el 95,3% de los pacientes post operados inmediatos indicó que hubo una buena calidad de los cuidados de enfermería, que el 4,7% indicó regular calidad de cuidados de enfermería. En conclusión, se determinó, que existe una buena calidad de cuidado de enfermería en los pacientes post-operados inmediatos del Hospital de Barranca.

**Becerra, B; Chihuahua, M. (20)**, realizan el estudio sobre “Atención de enfermería y recuperación en pacientes post operados , hospital de Contingencia Pichanaki”, Junín 2020. Objetivo: Determinar la relación que existe entre la atención de enfermería y la recuperación de pacientes post operados, atendidos en el Hospital de Contingencia Pichanaki Junín 2020.

Material y método: Estudio de tipo descriptivo, transversal y de nivel relacional. Resultados: Se observó que el 57,01% presenta una percepción de la atención de enfermería buena, 33,64% mala y 9,35% regular. En la dimensión técnica se tuvo una percepción buena (44,86%), al igual que la atención oportuna (57,94%), en la dimensión atención continua fue mala (55,14%). Asimismo, el 52,34% presentó una recuperación post operatoria óptima, 35,51% regular y el 12,15% deficiente. En la dimensión física el nivel de recuperación fue deficiente en el 45,79%, en la dimensión psicológica de nivel regular en el 55,14% y en la dimensión emocional de nivel óptimo en el 51,40%. Conclusiones: Existe una relación directa entre la atención de enfermería y la recuperación de pacientes post operados, atendidos en el Hospital de Contingencia Pichanaki Junín 2020.

**Bazán, L. (21)**, realiza el estudio de “Nivel de conocimiento del enfermero/a sobre valoración del dolor postoperatorio en el área de recuperación post anestésica ( UPA) del hospital regional de Cajamarca”, 2019. El propósito de la investigación es hacer una descripción de la situación actual del nivel de conocimiento de los enfermeros/as actualmente laborando en el área de recuperación Postanestésica (URPA) Hospital Regional de Cajamarca. metodología de trabajo incluyó: tipo y diseño de investigación: enfoque cuantitativo, nivel investigativo descriptivo, diseño no experimental, estudio

transversal prospectivo. Resultados encontrados, se entiende que, el 90,9% (10) de la población estudiada son del sexo femenino y un 9,1 % (1) del sexo masculino, el 90,9%(10) tienen especialidad en centro quirúrgico, mientras que 9,1% (1) tiene otro tipo de especialidad; el 45,5% (5) tiene un tiempo de servicio menor a un año, el 63,6% cuenta con capacitación sobre valoración del dolor postoperatorio y un 36,4% (4) no cuenta con esta. El 100% usa un protocolo para la valoración del dolor postoperatorio y registro EVA, y el 63,6% refiere que la infraestructura (URPA) no es la adecuada. Así mismo, el 54,5% de los enfermeros/as tiene un nivel de conocimiento medio sobre la valoración del dolor postoperatorio, el 27,3% tiene un conocimiento alto y un 18,2% un nivel bajo. En cuanto a los instrumentos utilizados, el 72,7% (8) utiliza la escala de rostros, un 63,6 % (7) utiliza la escala de valores numéricos, 54,5% (6) utiliza la escala visual analógica, el 27,3% (3) utiliza el cuestionario de Mac Gill y el 27,3% (3) utiliza la escala de medición conductual. El nivel de conocimiento del enfermero/a que labora en el Área de Recuperación Posanestésica del Hospital Regional de Cajamarca se encuentra en un nivel medio (54,5).

**Jara (22)**, realiza el estudio sobre “Intervención de enfermería en pacientes en el posoperatorio inmediato de colecistectomía convencional en la unidad de recuperación posanestésica del hospital de Barranca Cajatambo SBS”,

2019, cuyo objetivo es desarrollar acciones de intervención en enfermería a pacientes en el periodo post operatorio por colecistectomía convencional. Resultados: el 93% de casos encuestados se encontraron satisfechos con la calidad de atención brindada en la unidad de recuperación post anestésica, por otro lado, no se evidenciaron complicaciones ni reportes de situaciones de emergencia que se hayan sucedido durante el periodo de post operatorio para casos de colecistitis.

#### **ANTECEDENTES LOCALES**

**Pineda, M. (23)**, realiza el estudio sobre “Conocimiento y actitud de las enfermeras frente a la autoeficacia humanizado del paciente en la Unidad de Recuperación III Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna, 2019. El objetivo fue 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. Resultados: 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, ritmos alternados y paciencia y la actitud es positiva. Existe relación significativa entre el cuidado humanizado y sus dimensiones; ritmos 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%.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. CONOCIMIENTO SOBRE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LA URPA**

Es el grado de información adquirida durante la formación profesional sobre los cuidados de enfermería en la URPA del paciente en el posoperatorio inmediato, donde permanecerá hasta que los efectos de la anestesia hayan disminuidos considerablemente y se encuentre despierto, en alerta y orientado, que sus vías respiratorias permanezcan permeables y sus signos vitales sean estables, alcanzando este estado en la primera hora del posoperatorio y en caso que el paciente no se estabiliza y empieza a sangrar por el sitio de incisión, deberá notificar al cirujano. Y en caso que

permanezca inconsciente se avisará al anestesista ya que el paciente podría estar hipóxico o tratarse de una reacción a la anestesia.

El cuidado al paciente en la etapa post operatoria es efectivo una vez que ha sido concluida su cirugía, el cual se divide en tres fases: la inmediata que comprende las primeras horas luego de la cirugía; la intermedia o mediata que abarca hasta el pre alta del paciente y la tardía donde se planea el alta y la enseñanza de los cuidados (24).

El cuidado brindado al paciente en la unidad de Recuperación post anestésica (URPA), está referido a la atención inmediata post- operado una vez concluida su intervención quirúrgica, la recuperación inmediata comprende de 2 a 3 horas e incluso más. La enfermera tiene como objetivo la vigilancia permanente y la valoración integral del paciente, con una asistencia profesional de alta calidad para identificar, anticiparse y prevenir complicaciones y un tratamiento preciso, otorgando al paciente una atención calidad, segura y eficaz, teniendo en cuenta a los familiares que son los pilares fundamentales para su recuperación (25).

Scott J. define la calidad del cuidado de enfermería en el periodo post operatorio como un conjunto de intervenciones realizadas por la enfermera, quien se enfrenta al cuidado de un paciente recién operado, con el objetivo

de recuperar la estabilidad fisiológica del paciente, con el mínimo de complicaciones, para lograr su pronta recuperación ofreciendo calidad en el servicio (26).

La unidad de recuperación es un espacio donde se brinda el cuidado postanestésico inmediato a cada uno de los pacientes que son sometidos a cirugía o intervenciones terapéuticas o diagnósticos a los que se le administra anestesia general, sedación profunda o anestesia regional, en donde el paciente permanece hasta que se logren criterios de alta predefinidos según escales de Aldrete, Ramsay, Steward. Excepto aquellos pacientes que por su condición clínica deben de pasar a las unidades de cuidados intensivos (27).

La unidad de cuidado postoperatorio deberá, preferiblemente, ocupar un lugar central en las salas de cirugía, con fácil acceso y movilización en y hacia la unidad. Deberá contar con monitores, medicamentos, equipos y personal de enfermería suficiente y entrenado para el manejo de los pacientes en periodo postoperatorio y sus complicaciones (28). Debe existir un anestesiólogo responsable por los pacientes entregados en la unidad de cuidado postoperatorio. Debe existir un sistema de comunicación y de alarmas de fácil funcionamiento. El recurso humano debe estar entrenado para usarlo racionalmente (28).

Esta unidad es parte del centro quirúrgico, brindándose aquí cuidados especializados, por ello el personal de enfermería que trabaja en esta unidad realiza una atención especializada y debe poseer conocimientos especializados en anestesia y recuperación, conocer e interpretar las escalas Riesgo Cardiovascular, Escala visual analógica del dolor (EVA) y Test de recuperación post- anestésica (ALDRETE) que ayudaran a la atención del paciente post operado y es necesario e importante mantener una permanente actualización profesional sobre estos temas (29,30).

El periodo de duración del paciente en el área de recuperación puede ser variable. Cuando ya haya concluido este tiempo en la que el paciente ha recobrado la conciencia, se encuentra ubicado en el tiempo, espacio, responde órdenes y se encuentren estables los signos vitales, la circulación, ventilación, los reflejos de la vía aérea y de igual manera la actividad motora, es cuando ya puede ser trasladado de forma segura a un lugar de menor complejidad y vigilancia para continuar su proceso postoperatorio (11).

Se caracteriza por ser uno de los periodos más críticos para el paciente e implica una observación constante y minuciosa, en este momento en cuidado se centrará en prevenir las posibles complicaciones, restablecer el equilibrio fisiológico del paciente, aliviar el dolor y proporcionar la educación

sanitaria que mejore en su cuidado (31). Esta etapa suele durar de 2 a 4 horas, donde se requiera monitorización y valoración continúa, estableciendo controles cada 10 minutos al principio y cada media hora una vez estabilizado, registrando todos los datos en su historia clínica (32). Su ubicación es dentro de las instalaciones del quirófano o tiene un acceso directo a la misma (33).

La recuperación del paciente es un periodo de monitorización y manejo activo del paciente durante el cual se deben lograr los reflejos de las vías respiratorias y la estabilidad respiratoria y cardiovascular (9).

### **Dimensiones del conocimiento:**

Las dimensiones del conocimiento sobre los cuidados enfermeros en la URPA, se encuentran desarrolladas en base a las Guías de recuperación post anestésicas y en base al libro Compendio de Anestesiología para enfermería (34,35).

Las competencias de la enfermera incluyen la valoración del dolor, la administración de medicamentos, el cuidado de dispositivos como drenajes y sondas, y la monitorización de signos vitales, mientras que las del anestesiólogo implican la toma de decisiones críticas, la gestión de emergencias, y la coordinación del pase a planta o alta.

Para el alta de Urpa se debe revisar los formatos correspondientes al servicio, que este sellado y firmado por el medico anesthesiologo de turno, luego comunicar por via telefonica al servicio que sera derivado, el alta del paciente y cuidados especiales de cada una de ellos en el uso de accesorios necesarios para su traslado (cunas, camas con rodetes y/o sistemas, oxigeno, etc.), Se debera registrar el nombre de la Licenciada Que recibio el reporte y la hora de coordinacion. Cuando se realiza el reporte del paciente en URPA, se realizara de enfermera a enfermera con presencia del personal tecnico de enfermeria (34).

#### **1. Criterios de ingreso y de alta en URPA:**

Existen escalas de puntuacion para determinar el grado de recuperacion anestésica del paciente operado. Estas escalas deben ser utilizadas en forma complementaria por el anesthesiologo actuante, que sera quien decida si su paciente quedara en la URPA o sera derivado directamente desde el quirófano a terapia intermedia, a terapia intensiva o a la unidad coronaria. Las escalas mas usadas son el sistema de puntuacion de Aldrete y la puntuacion simplificada por Steward.

El sistema de puntuación de Aldrete evalúa:

TABLA I		
<b>ESCALA DE ALDRETE</b>		
ACTIVIDAD	MUEVE 4 EXTREMIDADES VOLUNTARIAMENTE O ANTE ÓRDENES	2
	MUEVE 2 EXTREMIDADES VOLUNTARIAMENTE O ANTE ÓRDENES	1
	INCAPAZ DE MOVER EXTREMIDADES	0
RESPIRACIÓN	CAPAZ DE RESPIRAR PROFUNDAMENTE Y TOSER LIBREMENTE	2
	DISNEA O LIMITACIÓN A LA RESPIRACIÓN	1
	APNEA	0
CIRCULACIÓN	PA < 20% DEL NIVEL PREANESTÉSICO	2
	PA 20-49% DEL NIVEL PREANESTÉSICO	1
	PA > 50% DEL NIVEL PREANESTÉSICO	0
CONCIENCIA	COMPLETAMENTE DESPIERTO	2
	RESPONDE A LA LLAMADA	1
	NO RESPONDE	0
SATURACIÓN O <sub>2</sub>	MANTIENE SaO <sub>2</sub> > 92% CON AIRE AMBIENTE	2
	NECESITA O <sub>2</sub> PARA MANTENER SaO <sub>2</sub> < 90%	1
	SaO <sub>2</sub> < 90% CON O <sub>2</sub> SUPLEMENTARIO	0

*PA presión arterial; SaO<sub>2</sub> saturación de oxígeno (7).*

Criterio de alta: puntaje total de 10, además de signos vitales estables y de una zona quirúrgica aceptable. Se precisa la orden de un médico para dar de alta con un puntaje inferior (36,37).

El puntaje de Steward considera:

ESCALA DE STEWARD		
	ESCALA DE STEWARD	PTJE
ESTADO DE CONCIENCIA	Despierta, llora	2
	Responde a estímulos	1
	No responde	0
SISTEMA RESPIRATORIO	Respira, tose	2
	Respiración superficial	1
	Apnea	0
ACTIVIDAD MUSCULAR	Mueve 4 extremidades sin agotarse	2
	Mueve 2 extremidades	1
	No mueve ninguna extremidad	0
TOTAL		

## 2. Evaluación y monitorización del paciente en la unidad de cuidado postoperatorio:

a) Evaluación de la función respiratoria, es la evaluación periódica y la monitorización de la permeabilidad de la vía aérea, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno (SpO<sub>2</sub>), y deben realizarse durante la recuperación de la anestesia, para disminuir los desenlaces adversos.

La monitorización del intercambio gaseoso pulmonar es imprescindible si se quiere evitar la aparición de episodios de hipoxia y/o hipercapnia, que son responsables de una alta morbimortalidad en el paciente

quirúrgico. Los fenómenos respiratorios que pueden ser monitorizados se agrupan en dos categorías (35):

- Índice de oxigenación: gases arteriales y presión arterial de oxígeno e informa sobre el estado ácido base del paciente.
- Índices de ventilación: capnografía, mecánica respiratoria y monitorización de gases anestésicos.

El método natural para monitorizar la saturación arterial de oxígeno ( $SaO_2$ ), era observar la piel y las mucosas para detectar cianosis, sin embargo, es poco fiable, debido a las diferencias de la luz ambiental, la raza, los tintes de uñas o distintos observadores). Y la pulsioximetría, suele ser el más fiable, es no invasivo, fácil de manejar, que se utiliza para detectar la saturación de oxígeno. La medición suele ser realizarse en un dedo de la mano, aunque también puede hacerse en la oreja y en los recién nacidos en la mano (35).

A la llegada del paciente a la URPA, se ha de realizar una exploración física rápida, con inspección de los músculos respiratorios, coloración de los labios o pulpejo de los dedos, así

como de la frecuencia respiratoria (12 a 15 respiraciones /mn) y del ritmo respiratorio. Todos los pacientes posquirúrgicos deben recibir un aporte de oxígeno adicional mediante gafas nasales (1 - 3 l/mn), para mantener la saturación de SaO<sub>2</sub> entre el 92 - 100%. Cuando, a pesar de estas medidas el paciente está hipoxémico, habrá que comprobar, en primer lugar, si la colocación y ajuste de la cánula o mascarilla es el adecuado y de ser así, administrar oxígeno al 70 a 100% mediante bolsa de reservorio. Si persiste la mala función respiratoria, podría llegar a precisarse soporte ventilatorio invasivo o no invasivo.

Es habitual que los pacientes en estado crítico o tras intervenciones prolongadas, lleguen intubados a la unidad de reanimación, para ser conectados a un sistema de ventilación mecánica. Este sistema se debe comprobar periódicamente, y es primordial que todo el personal este familiarizado con su uso y ante cualquier alteración; consultar al anestesiólogo responsable de la unidad (35).

La capnografía, mide y muestra los valores numéricos de concentración de CO<sub>2</sub> y el incremento gradual se debe al incremento del metabolismo o la temperatura, hipoventilación o

fuga parcial en el circuito respiratorio y la disminución del CO<sub>2</sub> puede deberse a hiperventilación , disminución del gasto cardiaco, embolia pulmonar o a una embolia respiratoria.; sin embargo la disminución repentina de ETCO<sub>2</sub> a valores cercanos a cero supone una urgencia que requiere nuestra atención inmediata , ya que puede indicar mala colocación del tubo endotraqueal, desconexión del respirador, obstrucción completa de las vías respiratorias, parada cardiaca o algo tan banal como la obstrucción del cable de capnógrafo. También permite evaluar la efectividad de las maniobras de reanimación cardiopulmonar, ya que, si el flujo pulmonar mejora se produce un aumento de a ETCO<sub>2</sub>, lo que indica que las maniobras de reanimación son más efectivas (35).

- b) Evaluación de la función cardiovascular. Los expertos de la ASA consideraron que, en la monitorización de la presión arterial, el pulso y el electrocardiograma detectan complicaciones, reducen desenlaces adversos y deben ser realizados durante la recuperación de la anestesia. Consideraron que la monitorización mediante electrocardiografía puede ser innecesaria en ciertos tipos de pacientes o según el procedimiento anestésico (38).

Para valorar el sistema cardiovascular debemos monitorizar y controlar los signos vitales: frecuencia y ritmo cardiacos mediante electrocardiograma (ECG), presión arterial, presiones de llenado, temperatura, color de la piel, diuresis y estado neurológico (35).

La monitorización continua permite detectar de forma temprana las complicaciones cardiovasculares más frecuentes, como hipotensión, bajo gasto cardiaco, hipertensión, y bradiarritmias y taquiarritmias.

#### c) Evaluación neurológica

El estado del paciente posquirúrgico que ingresa a la unidad de reanimación puede variar desde la conciencia hasta una situación de sedación profunda y en algunos casos de coma, bien farmacológico o por otras causas (politraumatizados, hemorragias intracraneales, embolias cerebrales y/o hipoxia encefálica perioperatorias) (35).

Todos los anestésicos producen una acción depresora sobre el sistema nervioso central, por lo que resulta fundamental la valoración del estado neurológico del paciente tras la intervención quirúrgica, sobre todo en aquellas intervenciones en la que se comprometes el

flujo sanguíneo cerebral (p.ej. tras cirugía cardíaca con circulación extracorpórea) o en aquellos pacientes con alteraciones previas (demencias, alcoholismo, etc), en estos casos, el control es básicamente clínico, ya que técnicas como la monitorización de la presión intracraneana o del flujo sanguíneo son muy específicas, reservadas para situaciones muy concretas.

Es relativamente frecuente la agitación en el posoperatorio inmediato y como primera causa se debe descartar la existencia del dolor o trastornos hidroelectrolíticos. De igual modo, es importante orientarle en el tiempo y espacio, con el fin de mitigar la ansiedad de la situación en la que se encuentra.

Para la valoración clínica existen dos escalas basadas en datos objetivos: escala de Glasgow y de Ramsay.

En opinión de los expertos, cada institución debe contar con una escala que permita la evaluación del estado mental en la unidad de cuidado postoperatorio. Esto permitiría disminuir las complicaciones posanestésicas, entre ellas está el Ramsay, la escala de Glasgow (38).

En pacientes de Neurocirugía valoración neurológica se realizará cada 15 min para comprobar las respuestas sensoriales, motoras y el nivel de conciencia.

- d) Valoración de las funciones vitales: Es la medición de la temperatura, la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, presión arterial, saturación de oxígeno en forma continua y vigilancia y corrección ante cualquier variabilidad.

Los expertos están de acuerdo en que la evaluación de la temperatura del paciente está relacionada con la disminución de complicaciones postoperatorias y debe realizarse durante la recuperación postanestésica. El paciente idealmente debe ser llevado a la normotermia teniendo en cuenta los cambios en la autorregulación de la temperatura secundarios a la anestesia y la cirugía.

Durante el periodo perioperatorio se pierde fácilmente el equilibrio entre la producción la pérdida de calor, acentuándose en cirugías mayores a una hora de duración (39).

e) Evaluación de la permeabilidad de las vías endovenosas

Permite la verificación del retorno venoso, si está en vena, ya que brindará la seguridad de poder contar con un acceso permeable y de poder administrar los fármacos y fluidoterapia, hemoderivados entre otros, según prescripción médica.

Es importante asegurar una buena fijación mediante cualquiera de los métodos habituales: esparadrapo, apósitos adhesivos, etc.; además de contar con la fecha, hora y calibre de la vía, cuyas indicaciones son: el de administrar fármacos, fluidoterapia de mantenimiento y reposición de fluido, administración de hemoderivados, extracción de forma seriada y continuada de sangre para análisis, etc (35).

f) Valoración del estado hemodinámico

Los pacientes que ingresan a URPA, tienen algún tipo de repercusión hemodinámica, causada en el intraoperatorio. En consecuencia, la monitorización hemodinámica adquiere una importancia crucial en el manejo de estos pacientes.

Todo paciente que ingresa a la URPA, debe encontrarse monitorizado, estos monitores disponen de alarmas que permiten detectar frecuencia cardiaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y capnógrafo por encima y por debajo de los límites marcados. Su función es proyectar alteraciones mediante alarmas en el monitor que pueden ser peligrosas si no se detectan a tiempo y, por lo tanto, la vigilancia y el reconocimiento de estos parámetros, son muy importantes ya que constituyen un mecanismo de seguridad que se brinda al paciente.

Recordar que las alarmas no sustituyen de ninguna manera la vigilancia, y si el paciente presenta antecedente de patología cardiaca lo recomendable sería tomarle un EKG en sus 12 derivaciones.

La respuesta del paciente a la anestesia y a la agresión quirúrgica repercute en la presión arterial del paciente y su medición es importante para su control y manejo ante cualquier alteración; siendo la presión arterial invasiva la de mayor precisión con respecto a la presión arterial no invasiva; sin embargo, la medición de esta presión invasiva está indicada en pacientes de alto riesgo o de un tipo de intervención quirúrgica hemorrágica muy prolongada o muy

agresiva. La medición de estas presiones nos permite valorar la volemia del paciente (35).

Dado que las venas son el sistema aferente a la bomba, es importante conocer la presión que el sistema presenta en su interior, pues de ella depende en gran medida la cantidad de sangre que llega al corazón; y la PVC, resulta ser un parámetro fundamental para determinar el estado de volémico ( hipovolémico e hipervolémico) de un paciente y su medición está indicada en intervenciones quirúrgicas con elevado riesgo de hemorragia, o de larga duración, en enfermedades cardíacas o de la circulación pulmonar, y en pacientes críticos ( sepsis, hipovolémicos, distrés respiratorio, etc) (35).

Los expertos están de acuerdo con los beneficios de la monitorización del estado de hidratación y del manejo de fluidos. Esto disminuye los efectos adversos y mejora el bienestar y la satisfacción del paciente.

Los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica, van a requerir de un acceso venoso y sueroterapia para mantener un adecuado volumen intravascular.

La evaluación del mismo se realiza con un minucioso examen físico y de los parámetros analíticos y hemodinámicos:

- ✓ El examen físico incluye exploración del estado de las mucosas, nivel de conciencia, cambios ortostáticos de la presión arterial, ritmo de diuresis, así como el examen del pulso (frecuencia cardíaca) y valores de presión arterial.
  
- ✓ Los signos analíticos de deshidratación incluyen: hematocrito elevado, acidosis metabólica progresiva, sodio en orina  $< 20$  mEq/l. densidad de orina  $> 1,010$ , osmolalidad de la orina  $> 450$  mosm/Kg, hipernatremia y cociente BUN (nitrógeno ureico en sangre): Creatinina  $> 10:1$

El principal parámetro que nos permite evaluar el volumen intravascular es la PVC, siempre que la función respiratoria y la función sistólica estén conservadas (en caso de disfunción ventricular sería necesario medir la presión de enclavamiento pulmonar a través de un catéter de arteria pulmonar, ya que en ese caso no existe una buena correlación entre la PVC y el volumen intravascular).

La reposición de las necesidades basales se realiza con suero salino fisiológico y dextrosa al 5 % o con suero glucosalino, de elección en los pacientes neuroquirúrgicos que ingresan para una vigilancia neurológica postoperatoria de al menos 24 hrs, y que no van a iniciar tolerancia oral hasta pasado ese periodo. Si hay existencia de déficits de volumen de líquidos no se debe utilizar dextrosa al 5% o cualquier otra solución hipotónica.

Hay que destacar que las intervenciones quirúrgicas de larga duración o en las que sospecha que puede ocurrir pérdidas sanguíneas importantes, se realizarán monitorización del gasto urinario y la PVC del paciente, así como la reposición hídrica de acuerdo con los parámetros hemodinámicos. La reposición de estas pérdidas por hemorragia se realizarán pruebas seriadas de hematocrito y reponiendo con derivados sanguíneos.

La sobrecarga circulatoria da lugar a insuficiencia cardiaca y edema pulmonar por hipervolemia asociada a la transfusión de demasiados fluidos, trasfusiones muy rápidas o una función renal deteriorada. Los pacientes susceptibles son principalmente niños y ancianos con anemia crónica con reserva cardiaca disminuida. En caso de ello, se debe tratar suspendiendo la transfusión sanguínea, administrando

oxígeno, diuréticos y morfina según prescripción médica.

Por ello, debemos de conocer ciertos parámetros, como la pérdida sanguínea, y la hemoglobina basal preoperatoria del paciente y posterior a la cirugía, ya que si está por debajo de lo normal se requiere administrar sangre para aumentar la hemoglobina.

Es importante saber el balance hídrico (BH) intraoperatorio, los ingresos y egresos del paciente y si tuvo alguna complicación intraoperatoria durante la cirugía, lo que deberá encontrarse escrito para control y manejo en la URPA.

Resulta muy importante para la enfermera conocer la situación, ya que una inadecuada reposición, tanto por exceso como por defecto, se pueden derivar en graves consecuencias. La más inmediata de todas es el shock hipovolémico agudo, por una hemorragia masiva, donde resulta imprescindible de que la reposición sea inmediata

La evaluación del gasto urinario detecta la retención urinaria pero la evidencia es ambigua para otras complicaciones En opinión del experto, la evaluación del gasto urinario detecta complicaciones y reduce efectos adversos. Esta evaluación puede no ser rutinaria, dependiendo de cada caso. Hay evidencia insuficiente y opiniones

ambiguas de los expertos sobre la evaluación de la micción para la detección de eventos adversos, aunque consideran que puede ser evaluada durante la recuperación.

Las actividades a realizar es vigilar periódicamente el grado de distensión de la vejiga mediante palpación y percusión, estimular el reflejo de la vejiga (40).

Los cuidados especiales, son los derivados de la situación particular del paciente como consecuencia de su patología previa y aquellos que se producen en función del tipo de anestesia e intervención quirúrgica y en el posoperatorio controlar el dolor sin producir depresión respiratoria.

Para el despertar del paciente, se debe ir reduciendo el aporte de fármacos que mantienen al paciente anestesiado con la finalidad de la reversión adecuada de sus efectos y esto va a depender del tipo de anestesia que se ha empleado.

El inicio de la ventilación espontánea se da hasta comprobar que puede respirar de forma eficaz, pasando de una ventilación controlada a una ventilación espontánea, donde el paciente elimine

los anestésicos, pero en caso de una depresión respiratoria por opiáceos se podrá utilizar naloxona, esto revertirá no solo los efectos de los opiáceos sino también la analgesia, con lo que el paciente despertará en forma brusca, agitado y muy adolorido, y será muy difícil proporcionar una adecuada analgesia posterior.

g) Valoración de la herida operatoria

Valorar en la herida operatoria, drenaje y sangrado. Los expertos están de acuerdo en que la evaluación de sangrado y drenaje detecta complicaciones, reduce los efectos adversos y puede ser una rutina en el cuidado de los pacientes postoperatorios.

Evaluación del aumento del dolor en la herida operatoria y si está con tubo de drenaje debe ser controlada la cantidad y calidad del fluido eliminado.

El cuidado adecuado puede ayudar a prevenir la infección y mejorar la cicatrización a medida que la herida quirúrgica sana, por lo tanto, es importante evitar la exposición y contacto con los microorganismos para reducir el riesgo de infección (41,42).

El personal debe dar atención individualizada a cada herida, pero el apósito estéril colocado en la sala de operaciones generalmente se deja intacto durante 24 a 48 h, a menos que signos de alarma se desarrollen (por ejemplo, aumento del dolor, eritema, drenaje). Las compresas y toallas de algodón mojadas son permeables a las bacterias en pocos minutos (41,42).

Si está presente un tubo de drenaje, debe ser controlada la cantidad y calidad del fluido recolectado. Suturas, grapas de piel, y demás dispositivos de cierre por lo general se dejan en el lugar 7 días o más, dependiendo del sitio quirúrgico y de las condiciones específicas del paciente (43).

En toda herida se produce inflamación como resultado de la reacción orgánica ante la agresión producida y caracterizada por calor, rubor, dolor y tumor, estos signos y síntomas constituyen la denominada Tétrada de Celso (41).

#### h) Evaluación del dolor.

Los expertos consideran que la valoración del dolor durante la recuperación disminuye algunos eventos adversos postoperatorios . Este manejo puede iniciarse en la cirugía y formar parte del

manejo anestésico elegido para el paciente. Puede ser seguido y evaluado en el periodo postoperatorio.

El control del dolor postoperatorio es un reto en el ámbito quirúrgico. La prevalencia del dolor postoperatorio exige conocer los principales factores que condicionan el grado de dicho dolor: intervención quirúrgica, preparación pre operatoria, posibles complicaciones postoperatorias, el tratamiento anestésico, la calidad de los cuidados postoperatorios (44).

La monitorización del alivio del dolor se está convirtiendo cada vez más en una importante medida de calidad postoperatoria. El objetivo del manejo del dolor postoperatorio es reducir o eliminar el dolor y la incomodidad con un mínimo de efectos secundarios (45). La analgesia forma parte del cuidado del paciente sometido a un procedimiento quirúrgico (41).

El control del dolor post operatorio es un reto en el ámbito quirúrgico. La prevalencia del dolor exige conocer los principales factores que condicionan el grado de dicho dolor: intervención quirúrgica, posibles complicaciones postoperatorias, tratamiento anestésico, la calidad de los cuidados postoperatorios (44).

El objetivo del manejo del dolor postoperatorio, es reducir o eliminar el dolor y la incomodidad con un mínimo efecto secundario (45).

Es importante el control de dolor, luego de la cirugía, para evitar resultados negativos como taquicardia, hipertensión, isquemia miocárdica, disminución de la ventilación, y mala cicatrización. Entre las actividades referidas para el manejo del dolor postquirúrgico, se encuentran: la administración de analgésicos intravenosos (46).

El dolor agudo post operatorio presenta dolor moderado a grave acompañando de alteraciones como hipertensión, hiperglucemia, arritmias, atelectasias y neumonías, sin olvidar las alteraciones psicológicas como miedo, ansiedad y depresión.

Es necesario utilizar escalas y cuestionarios para evaluar el dolor. Si es posible conviene interrogar al paciente sobre la localización ya que en ocasiones no sólo se debe al insulto quirúrgico en sí mismo. Así podemos encontrar el dolor por distensión gástrica o vesical, por la posición durante la cirugía con posibilidad de lesión vascular o nerviosa. Pero, además se tendrá en cuenta (35):

1. Características psicofísicas del paciente: estado físico, ansiedad, edad, etc.
2. Tipo de cirugía y la técnica de anestesia: más dolorosas las intervenciones abdominales, supraumbilicales y torácicas, y menos dolorosas las laparotomías infraumbilicales y las que se realizan con bloqueos periféricos.

Los fármacos empleados para el dolor, es el uso del sistema escalonado, similar al uso en el dolor producido por cáncer. La analgesia controlada por el enfermero está en función a las necesidades del paciente. Y en situaciones especiales, como son los niños pequeños o pacientes con retraso mental o demencia será la propia enfermera la que decidirá cuando es necesario administrar nuevos bolos analgésicos, denominándose analgesia controlada por la enfermera.

i) Evaluación de la capacidad neuromuscular

Se considera que la evaluación de la función neuromuscular reduce desenlaces adversos y debe ser realizada en la recuperación postanestésica. La evaluación neuromuscular se inicia con un examen físico y ocasionalmente puede incluir la monitorización del bloqueo neuromuscular (evidencia B2-B).

Para ello debe valorarse la respuesta muscular a la estimulación nerviosa periférica.

j) Reconocimiento de las complicaciones más frecuentes

Las complicaciones que surgen luego de una cirugía constituyen un reto para la persona de salud, porque se establecen de manera súbita y pueden evolucionar con rapidez y conducir a la muerte. Estas alteraciones postquirúrgicas son frecuentes y están vinculadas con resultados clínicos desfavorables, por lo que deben de aplicar intervenciones que permitan reducir la morbimortalidad (47).

Las complicaciones generales incluyen: náuseas y vómitos, alteraciones de la termorregulación, alteraciones respiratorias, cardíacas, renales, urinarias, metabólicas, gastrointestinales, neurológicas etc. (48).

**Alteraciones respiratorias:**

**Obstrucción de la vía aérea superior** por la caída de la lengua hacia atrás en un paciente inconsciente., su intervención consiste en proporcionar oxígeno, nebulización con adrenalina y dexametasona.

**Hipoxemia**, con presión parcial de oxígeno arterial menor a 60 mmHg, lo que equivale a una saturación de oxígeno menor de 90 %. Diversos factores incrementan el riesgo de sufrir este cuadro: edad avanzada, obesidad, duración prolongada de la intervención y patología basal.

### **Complicaciones cardiocirculatorias**

Aquí es necesario conocer el estado previo y actual del paciente, los riesgos de la cirugía y los mecanismos fisiopatológicos que lo generan, para poder evitar o tratar eficazmente.

Dentro de ellas tenemos la hipotensión, hipertensión, bradicardia, taquicardia etc.

**Hipotensión**, cuando hay la existencia de un descenso mayor del 20 % de los valores basales de la presión arterial media.

**Hipertensión**, cuando la presión arterial diastólica es mayor a 90 mmHg y una presión arterial sistólica mayor a 150 mmHg, por lo general empieza 30mn después de postoperatorio y lo más frecuente es que exista dolor, hipercapnia, hipoxemia o un aumento de la volemia

### **Alteraciones del ritmo cardiaco**

Suelen ser benignas, salvo en aquellos pacientes con antecedentes de patología cardiaca, que pueden ser expresión de isquemia o necrosis miocárdica. Los factores predisponentes son las alteraciones hidroelectrolíticas y del equilibrio ácido base, la hipercapnia e hipoxia, así como los efectos residuales de la anestesia.

### **Complicaciones renales**

Las alteraciones de la función renal pueden producir un gran aumento de la morbimortalidad en los pacientes quirúrgicos. Es muy importante la rápida identificación y corrección en la URPA de las alteraciones de la función renal, y es indispensable garantizar una adecuada perfusión renal (mantener la estabilidad hemodinámica).

### **Oliguria**

Cualquier intervención quirúrgica supone una alteración de los mecanismos de regulación renal con una etapa denominada de oliguria fisiológica. Y los factores relacionados a ellas son: dolor, reflejos viscerales, alteraciones de la glicemia, deshidratación, efectos de los anestésicos y concentraciones de catecolaminas, produciéndose hipersecreción de hormona antidiurética., la diuresis suele estar próxima a los 50 ml/h, la oliguria (50 -400ml / día) o la

oligoanuria (15 -20 ml/h), son el signo más frecuente de insuficiencia renal posoperatoria. Si el paciente no está sondeado hay que valorar la presencia de globo vesical.

La retención urinaria, es generalmente secundaria a efectos de los anestésicos. El tratamiento es mediante la inserción de un catéter para drenar la vejiga hasta que el paciente recupere el control de la misma. A veces se puede administrar medicamentos para estimular la vejiga (49).

### **Náusea y vómitos postoperatorios**

Las náuseas y vómitos afectan en un 20 -30% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente y puede haber alteraciones hidroelectrolíticas y metabólicas.

Asimismo, autores como J.I. Gómez-Arnau, J.L. Aguilar et al, hacen hincapié en sus estudios de recomendaciones y prevención de náuseas y vómitos postoperatorios. Afirman que, la estrategia aceptada es identificar el riesgo basal y según su estratificación, aplicar la profilaxis farmacológica. Los agentes empleados para la profilaxis de las náuseas y vómitos son, casi todos, antagonistas de los receptores implicados en activar el reflejo emético (50).

### **Alteraciones de la temperatura**

La hipotermia se define como una temperatura central inferior a 35°C. El 60% de los pacientes que ingresan en una reanimación presentan hipotermia. Y la hipotermia genera efectos sistémicos como hipertensión arterial y el aumento del consumo de oxígeno miocárdico. La hipotermia, se produce por mecanismos de pérdida de calor: por conducción, radiación, evaporación, conducción, convección y respiración

En el estudio realizado por Nathália Haib Costa Pereira y Ana Lucia De Mattia comprobaron que los pacientes que habían sufrido de hipotermia presentaron un ingreso más prolongado y con mayor posibilidad de presentar complicaciones, por lo que es necesario el desarrollo de acciones de prevención y control de la hipotermia (51).

Para ello, se han desarrollado diferentes formas de recalentamiento, como el uso de aislamiento térmico (mantas eléctricas y lámparas de calor) (39).

La hipertermia, es posible que se experimente después de una cirugía, como aquella  $T^{\circ} 37,2$  o mayor, y se aplicará medios físicos y/o antipiréticos, si hay prescripción médica 12. El mecanismo de la fiebre se produce en el hipotálamo anterior, por la liberación de

pirógenos endógenos o exógenos en el centro regular del hipotálamo (52).

### **Complicaciones neurológicas.**

El estado confusional, la obnubilación y la aparición de déficit neurológicos focales son indicaciones de que la perfusión cerebral es insuficiente. Hay que excluir los trastornos metabólicos, las infecciones los traumatismos y las lesiones de efecto masa en el SNC, antes de atribuir los trastornos neurológicos al shock.

Al contar con una serie de monitores nos permite seguir las variaciones hemodinámicas y respiratorias del paciente de manera continua y precisa, lo que nos permite seguir la evaluación de los parámetros antes citados y a dar respuestas inmediatas a aquellas modificaciones que pueden significar complicaciones para el paciente, además de controlar los signos clínicos, modificación de las condiciones de ventilación si es necesario, administrando fármacos según prescripción entre otras.

### **Las Indicaciones**

- La evaluación periódica de la vía aérea, la frecuencia respiratoria, la saturación de oxígeno, el pulso, la frecuencia

cardiaca y la presión arterial deben realizarse durante la recuperación anestésica.

- La monitorización mediante electrocardiografía debe estar disponible en las unidades de recuperación post anestésica para los pacientes que la requieran.
- La evaluación de la función neuromuscular se debe realizar, durante la recuperación postanestésica, a aquellos pacientes que recibieron bloqueo neuromuscular con agentes no despolarizantes o que tienen condiciones médicas relacionadas con disfunción neuromuscular.
- El estado de hidratación debe ser evaluado de acuerdo con el paciente, en especial para aquellos procedimientos con una significativa pérdida de sangre o fluidos y que requirieron manejo adicional de fluidos.
- El gasto urinario y la micción deben ser evaluados para determinados pacientes y procedimientos.

- El estado mental, la temperatura corporal, el dolor, la náusea, el vómito, el drenaje y el sangrado pueden ser evaluados durante la recuperación.

El profesional enfermero a cargo del cuidado postoperatorio debe registrar toda valoración a partir de la monitorización, observaciones clínicas, lectura de exámenes diagnósticos de seguimiento, intervención, orden o prescripción terapéutica o profiláctica realizadas como parte del cuidado durante la emergencia y la recuperación anestésica, incluyendo la prevención y el tratamiento de complicaciones (53).

### **2.2.2. PRÁCTICA SOBRE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LA URPA**

La práctica de cuidados de enfermería la Unidad de recuperación post anestésica, se encuentra comprendido en el periodo postoperatorio inmediato, donde es el tiempo de mayor riesgo donde desarrolla en una sala de recuperación con todos los sistemas de monitorización, generalmente cercana al área quirúrgica, cuyos cuidados empiezan desde la recepción del paciente hasta el alta del paciente de la unidad.

Para garantizar una asistencia segura y reducir los daños indeseables a los pacientes y los gastos en sanidad, se vuelve imperativo el empleo de acciones que puedan eliminar o reducir el riesgo de un determinado evento adverso. Para ello, se hace indispensable un reconocimiento previo de las necesidades manifestadas por estos individuos y quiénes son los más propensos a sufrir tal episodio (54).

### **Dimensiones de la práctica:**

Dimensiones de la Práctica sobre los cuidados enfermeros en la URPA, son desarrollado en base a las guías de procedimiento de enfermería en la URPA y del libro de Compendio de Anestesiología para enfermería (34,35):

#### **1. Recepción del paciente**

La recepción del paciente comprende los datos generales, el diagnóstico preoperatorio, tipo de anestesia, tipo de cirugía, tiempo quirúrgico, antecedente, alergias, medicación preoperatoria, complicaciones anestésico quirúrgica, pérdida sanguínea estimada, fluidos y hemoderivados administrados, diuresis , necesidad de medicación ; exámenes tomados durante SOP, e informar imágenes de diagnóstico, brazalete de identificación, entre otros., anotar la cantidad y el tipo de soluciones con que ingresa el paciente a la unidad y lo que se administró en SOP, balance hídrico.; uso de

bombas de infusión. Revisa hoja de indicaciones médicas post operatorias inmediatas. Valoración de la escala de Aldrete o Steward.

## 2. Monitoreo de la conciencia

En el monitoreo de la conciencia se valora el estado de conciencia y orientación. Ramsay, Glasgow.

## 3. Monitoreo respiratorio

En el monitoreo respiratorio se valora la frecuencia y calidad de las respiraciones, la valoración de la gasometría arterial, la oximetría de pulso, la capnografía y se valora la necesidad del paciente en caso de oxigenoterapia.

## 4. Monitoreo hemodinámico

- ✓ En el monitoreo hemodinámico se valora los siguientes aspectos:
  - Valora el tipo de cirugía y el tipo de anestesia
- ✓ Valora la frecuencia cardiaca en busca de cambios
- ✓ Valora la PA, en busca de alteraciones.
- ✓ Valora la Temperatura
- ✓ Evalúa el nivel de relajación muscular
- ✓ Realiza el BH.
- ✓ Mide la PVC

- ✓ Valora los gases arteriales, Hb, detección de hematuria.
- ✓ Valora la cantidad de orina y características.

## 5. Monitoreo clínico

En el monitoreo clínico se valora lo siguiente:

- ✓ Administra tratamiento prescrito para el dolor
- ✓ Valora resultados de laboratorio
- ✓ Valoración con la escala EVA y realiza el manejo el dolor
- ✓ Evalúa la eficacia de las medidas de alivio del dolor.
- ✓ Administra fluidos como cristaloides, lactato de Ringer.
- ✓ Coordina interconsultas y otros exámenes de diagnóstico.
- ✓ Cuidados en la adimentos: CVC, VP, SNG, Exovag, SV en busca de permeabilidad.
- ✓ Vigilancia de la herida operatoria, en busca de sangrado.

## 6. Manejo de la vía aérea y precaución para evitar broncoaspiraciones.

El manejo de la vía aérea, se define como la manera de asegurar la permeabilidad de la vía aérea.

Para la permeabilidad se realizará fisioterapia torácica si está indicado y eliminar las secreciones fomentando la tos o mediante succión.

Se puede emplear tubo orofaríngeo o cánula orofaríngea para mantener la permeabilidad según corresponda.

Auscultar los sonidos respiratorios, observando si hay disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.

Realizar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal o aspiración de secreciones según necesidad.

Administrar broncodilatadores según corresponda.

Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea.

Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación según corresponda.

#### 7. Manejo ambiental, regulación de la temperatura y seguridad y confort

Proporciona mantas y regula la temperatura ambiental, eleva as barandillas de los laterales de la cama del paciente, brinda comodidad y confort.

#### 8. Control de infecciones

Para el control de las infecciones se deberá realizar el lavado de manos, la aplicación de las medidas asépticas y técnicas de aislamiento, en caso lo requiera.

#### 9. Reconocimiento y manejo de complicaciones

Identifica y realiza el manejo de las complicaciones post operatorias inmediatas.

#### 10. Criterios del alta.

Realiza la prueba de Aldrete y coordina la hospitalización o la UCI y registra en la hoja de monitoreo y en las notas de enfermería sobre la evaluación y evolución del estado general, BH, soluciones parenterales, fármacos administrados y nombre y firma del responsable enfermero (a).

La enfermera juega un papel esencial en la recuperación inmediata de un paciente postoperado (15). Es importante que la enfermera ofrezca una atención individualizada a cada paciente de acuerdo a sus características, satisfaciendo sus necesidades y expectativas con la mayor excelencia y calidad (28). Es primordial que el camino

hacia estas necesidades, se realice mediante un proceso de atención de enfermería, aplicando el método científico, para que se pueda ofrecer cuidados lógicos, sistematizados y racionales. Para todo esto se deberá tener en cuenta que la persona es un individuo único que necesitará atenciones enfocadas especialmente a él y no a su enfermedad, es decir, tratando a la persona como un todo (55,56).

### **2.2.3. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

Las **necesidades de Virginia Henderson** es un modelo que define el enfoque de la práctica de la enfermería. Busca aumentar la independencia del paciente en su recuperación para acelerar su mejoría durante su estadía en el hospital. “La idea es asistir o contribuir a la mejoría del paciente hasta que él mismo pueda atenderse por sí solo”.

El modelo de Virginia Henderson hace énfasis en las necesidades humanas básicas como foco central de la práctica de la enfermería.

Su modelo de valoración consiste en 14 necesidades básicas: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación, moverse y mantener una buena postura, descanso y sueño, necesidad de vestimenta, necesidad de termorregulación, mantener la higiene

personal y proteger los propios tegumentos, detectar y evitar peligros, comunicación, creencias y valores, ocuparse para sentirse realizado, recrearse aprehender en sus variadas formas (57).

### **2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS**

#### **a) Conocimientos sobre los cuidados enfermeros en la URPA**

Es el grado de conocimiento sobre los cuidados enfermeros en la URPA.

#### **b) Práctica sobre los cuidados enfermeros en la URPA**

Recuperación anestésica. Periodo posterior a la anestesia durante el cual se disminuye paulatinamente, en el paciente, el efecto de la misma. La valoración de la recuperación, acorde al tipo de anestesia, define el egreso del paciente de la unidad de cuidado postoperatorio.

**c) Cuidados postoperatorios.** - Los cuidados postoperatorios o postanestésicos se definían como aquellos proporcionados durante la estadía en una unidad de cuidado postoperatorio. Estos cuidados deben mejorarse para que la persona inicie su recuperación o para un tránsito adecuado hacia unidades de mayor complejidad.

**d) Recuperación anestésica inmediata.** - Transcurre completamente en la sala de recuperación post anestésica u otro recinto que cumpla las mismas funciones. Durante este período la vigilancia es intensiva con

control de la saturación de oxígeno y de las condiciones clínicas de la vía aérea, la ventilación, la circulación y la actividad motora.

**e) La unidad de recuperación.** - Es un espacio donde se brinda el cuidado postanestesia inmediato a cada uno de los pacientes que son sometidos a cirugía o intervenciones terapéuticas o diagnósticos a los que se le administra anestesia general, sedación profunda o anestesia regional, en donde el paciente permanece hasta que se logren criterios de alta predefinidos según escales de Aldrete, Ramsay, Steward. Excepto aquellos pacientes que por su condición clínica deben de pasar a las unidades de cuidados intensivos (58).

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Esta investigación es de tipo cuantitativo, de nivel relacional, por otro lado, el diseño empleado corresponde al no experimental de corte transversal. La investigación no experimental indica que no se posee control directo de las variables independientes, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o a que son inherentes no manipulables. Se interpreta sobre las relaciones entre las variables sin intervención directa. La investigación es de corte transversal, pues recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. El propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede.

#### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

- **Población**

La población estuvo conformada por 45 profesionales de enfermería que laboran en centro quirúrgico del Hospital

Hipólito Unanue en los diferentes turnos establecidos de dicha institución, ubicado en la provincia de Tacna.

- **Muestra:** Corresponde al 100% de la población

- **Muestreo**

EL muestreo es no probabilístico, a criterio del investigador, por lo que se trabajó con las 45 profesionales de enfermería de centro quirúrgico que cumplan con los criterios de inclusión.

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Profesionales de enfermería que laboran mínimo 3 meses en la URPA del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- Profesionales de enfermería que aceptan participar en el estudio.
- Se debe considerar para la aplicación del instrumento 2 a los pacientes que han sido inducidos a anestesia general.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Profesionales de enfermería que se encuentran de vacaciones o licencia por enfermedad o maternidad.

### **3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **3.3.1. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de información se utilizó la técnica de la encuesta para la primera variable y la observación para la segunda variable.

#### **3.3.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

El Instrumento que se aplicó en la investigación, es el cuestionario

**Para la variable 1:** Conocimiento sobre los cuidados de enfermería post anestésico, se utilizó la técnica encuesta y el instrumento el cuestionario Conocimiento sobre los cuidados enfermeros en la URPA, diseñada en base a las Guía de procedimiento de atención de enfermería en la Unidad de Recuperación post anestésica y del Compendio de Anestesiología para enfermería (34,35) y modificada, por la presente autora, cuya finalidad del estudio es obtener información sobre el Conocimiento de las enfermeras sobre los cuidados de enfermería en la URPA (Anexo N°01).

Escala de medición:

Nivel de conocimiento alto: 18 - 20

Nivel de conocimiento medio: 14 -17

Nivel de conocimiento bajo: 10 -13

**Para la variable 2:** Práctica sobre los cuidados de enfermería post anestésicos se utilizó la técnica observacional y el instrumento lista de cotejo, diseñada en base a las Guía de procedimiento de atención de enfermería en la Unidad de Recuperación post anestésica y del Compendio de Anestesiología para enfermería (34,35) y modificada, por la presente autora, (Anexo N°02)

Las dimensiones a considerar en la lista de cotejo, es en base a la práctica de cuidados que realiza el profesional de enfermería en la URPA.

Para el instrumento sobre Cuidados consideramos la siguiente escala de medición:

**Escala de medición:**

Práctica de cuidados correcta: 30 - 58

Práctica de cuidados incorrecta: 0 – 29

**VALIDEZ DEL INSTRUMENTO**

La validez de ambos instrumentos fue puesta a prueba mediante el juicio de 4 expertos en el área de investigación, juicio que permitió modificar establecer los ítems del instrumento.

Los expertos analizan sistemáticamente el contenido, su conexión con el universo que podría ser medido, su representatividad en relación con el mismo y su pertinencia para medir la variable o rasgo de estudio, siendo el resultado de la DPP hallada 1,08 (Anexo N°03)

### **CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

Para hallar el nivel de confiabilidad se realizó una prueba piloto en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Regional de Moquegua, cuyos datos fueron procesados mediante prueba estadística para hallar el nivel de confiabilidad. Se buscó que el coeficiente alfa de Cron Bach (Anexo N°04)

INSTRUMENTO	Alfa de Cron Bach	Nº de elementos
Conocimiento sobre los cuidados enfermeros en la URPA	0,718	10
Práctica sobre los cuidados enfermeros en la URPA.	0,724	58

### **3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para el estudio se realizó los siguientes procedimientos:

- Se solicitó la autorización a la dirección ejecutiva del Hospital Hipólito Unanue para la ejecución de las encuestas, en la cual mediante la unidad de apoyo a la docencia e investigación se brindó la credencial de acreditación para la aplicación de los instrumentos.
- Se coordinó con la jefa de enfermeras de centro quirúrgico para iniciar la medición de las variables de estudio con las participantes.
- Se buscó a cada licenciada en los diferentes turnos de trabajo, posterior a ello se explicó ampliamente, a los participantes, los procedimientos que se llevaron a cabo en el estudio.
- Se solicitó que firmen una hoja de consentimiento informado
- Se brindó instrucciones para que respondan al instrumento 1: sobre Conocimiento sobre cuidados de enfermería en la URPA
- Con referente al instrumento 2: sobre Prácticas de cuidados en la URPA se buscó a cada licenciada para la aplicación de la lista de cotejo, previa coordinación con la jefa de servicio, en ocasiones se tardó más de lo previsto, puesto que las colegas de quirófano van rotando a Urpa en diferentes meses.
- Selección, tabulación y evaluación de datos

- El Tiempo que demandó la aplicación del instrumento 1 por cada participante fue de 15 min, por otro lado el instrumento 2 tardo aproximadamente 1 hora o más dependiendo del paciente que se estuvo atendiendo. al finalizar se agradeció a cada participante por haber participado.

### **3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos fueron codificados e ingresados a la base de datos creada en el programa Excel para su posterior análisis, los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS 25.0 para determinar la relación entre el Nivel de conocimiento y prácticas sobre los cuidados enfermeros en una unidad de recuperación pos anestésica del Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2024.

Para evaluar la relación entre variables se obtuvo la chi cuadrada, si las variables presentan distribución normal en caso contrario se aplicó el coeficiente de correlación rho de Spearman.

Para determinar el grado de aplicación se obtuvo tablas de distribución de frecuencias, según la escala de clasificación de dichas variables.

Los resultados fueron presentados en tablas con sus valores absolutos relativo y se construyeron sus gráficas respectivamente.

### 3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El profesional de enfermería que participó en la investigación fueron informados previamente, respetando los siguientes principios bioéticos de la persona:

- **No maleficencia:** Los datos que se encontraron fueron de uso exclusivo de la investigadora y fueron procesados confidencialmente
- **Autonomía:** Se respetó en todo momento la identidad del participante manteniendo el anonimato del mismo.
- **Beneficencia:** Al participar en el estudio se logró fomentar actitudes y conductas para disminuir el riesgo en el equipo de salud de adquirir infecciones en su entorno laboral.
- **Respeto:** Mediante el consentimiento informado, el cual fue firmado por el participante que aceptó voluntariamente participar en el estudio, se respetó en todo momento la identidad del participante manteniendo el anonimato del mismo.

## **CAPÍTULO IV**

### **DE LOS RESULTADOS**

#### **4.1. RESULTADOS**

En esta sección se presentan los resultados de la investigación y la hipótesis en tablas y gráficos estadísticos, teniendo en cuenta los objetivos específicos e hipótesis de la investigación

**TABLA N°01**

**CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO  
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2024**

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
De 28 a 35 años	18	40,0
De 36 a 45 años	11	24,4
De 46 a 67 años	16	35,6
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Femenino	44	97,8
Masculino	1	2,2
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>Años de experiencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
De 1 a 5 años	20	44,4
De 6 a 15 años	12	26,7
De 16 a 28 años	13	28,9
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>Tipo de contrato</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Nombrado	22	48,9
276	2	4,4
CAS	20	44,5
Otros	1	2,2
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario sobre conocimiento y práctica sobre los cuidados enfermeros en una URPA del Hospital Hipólito Unanue

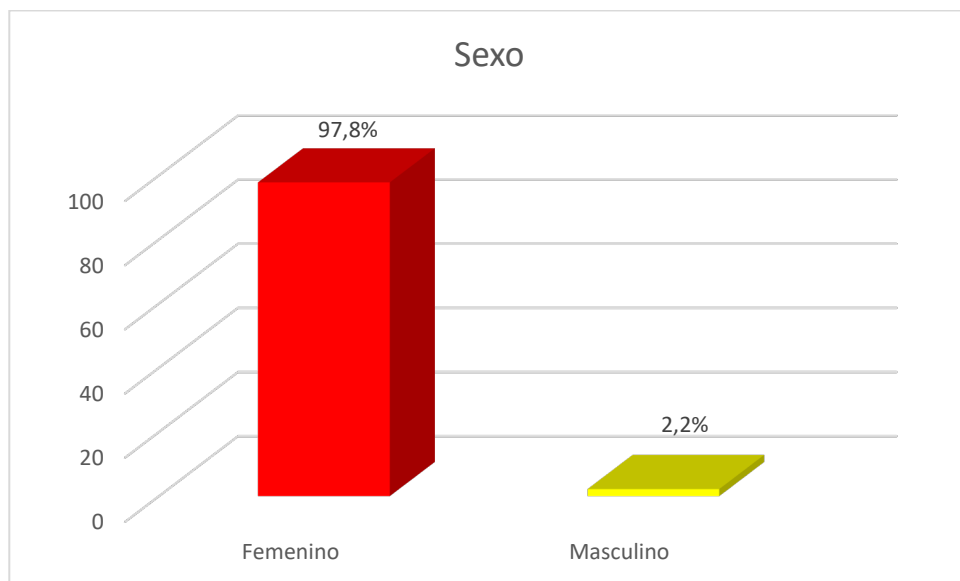
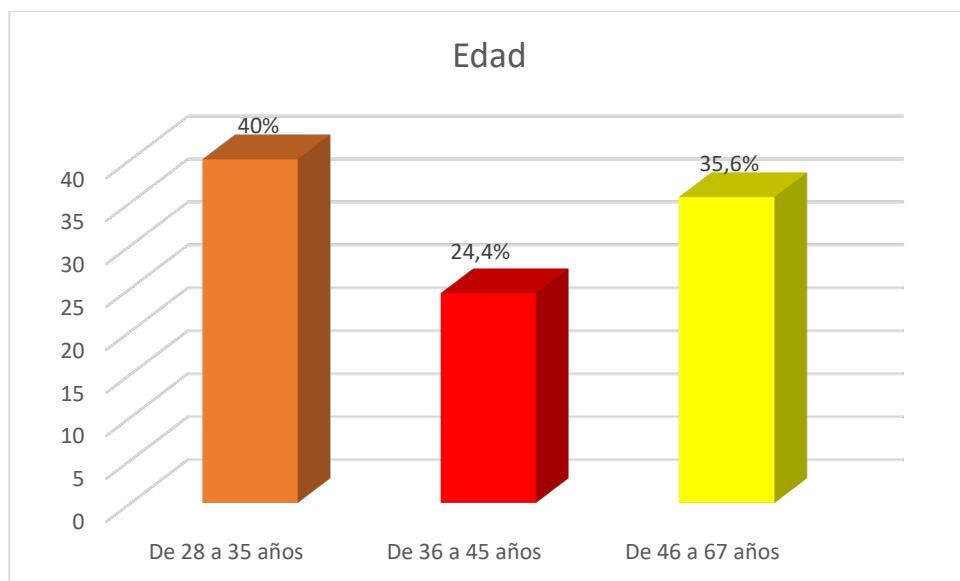
Elaborado por: Flores G.

## **DESCRIPCIÓN**

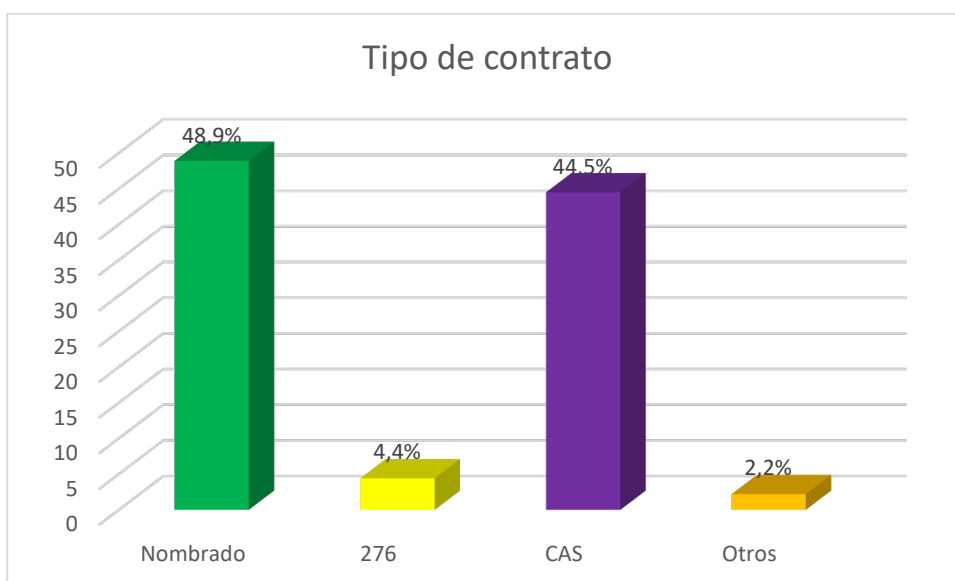
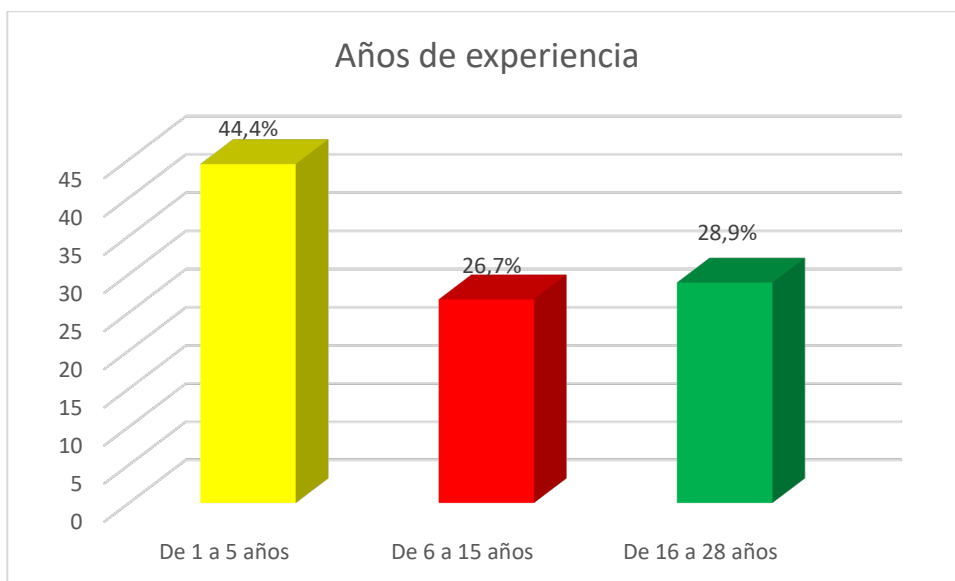
En la Tabla Nª01, podemos observar las características generales del profesional de enfermería en una unidad de recuperación post anestésica del Hospital Hipólito Unanue, donde la edad es de 28 a 35 años con un 40%, de sexo femenino con 97,8%; años de experiencia de 1 a 5 años con un 44,4%; con tipo de contrato Nombrado con un 48,9%

## GRÀFICO N°01

### CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2024



Fuente: Tabla N°01



Fuente: Tabla N°01

## TABLA N°02

### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN UNA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2024

<b>CONOCIMIENTO SOBRE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LA URPA. Frecuencia Porcentaje</b>		
Nivel de conocimiento bajo	1	2,2
Nivel de conocimiento medio	15	33,4
Nivel de conocimiento alto	29	64,4
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario sobre conocimiento y práctica sobre los cuidados enfermeros en una URPA del Hospital Hipólito Unanue

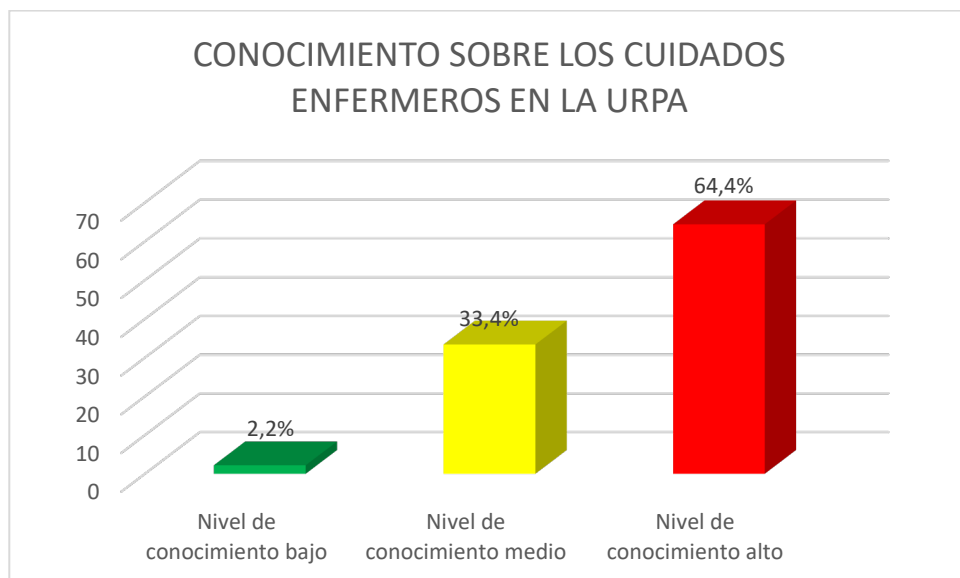
Elaborado por: Flores G.

#### DESCRIPCIÓN

En la Tabla N°02, podemos observar el Nivel de Conocimiento sobre los cuidados enfermeros en URPA, donde el nivel de conocimiento es alto con un 64,4%, seguido de un nivel de conocimiento medio con un 33,4% y bajo con 2,2%

## GRÁFICO N°02

### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN UNA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2024



Fuente: Tabla N°02

### TABLA N°03

#### PRÁCTICA SOBRE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN UNA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2024

PRÁCTICA SOBRE LOS CUIDADOS		
ENFERMEROS EN LA URPA	Frecuencia	Porcentaje
Práctica de cuidados incorrecta	1	2,2
Práctica de cuidados correcta	44	97,8
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario sobre conocimiento y práctica sobre los cuidados enfermeros en una URPA del Hospital Hipólito Unanue

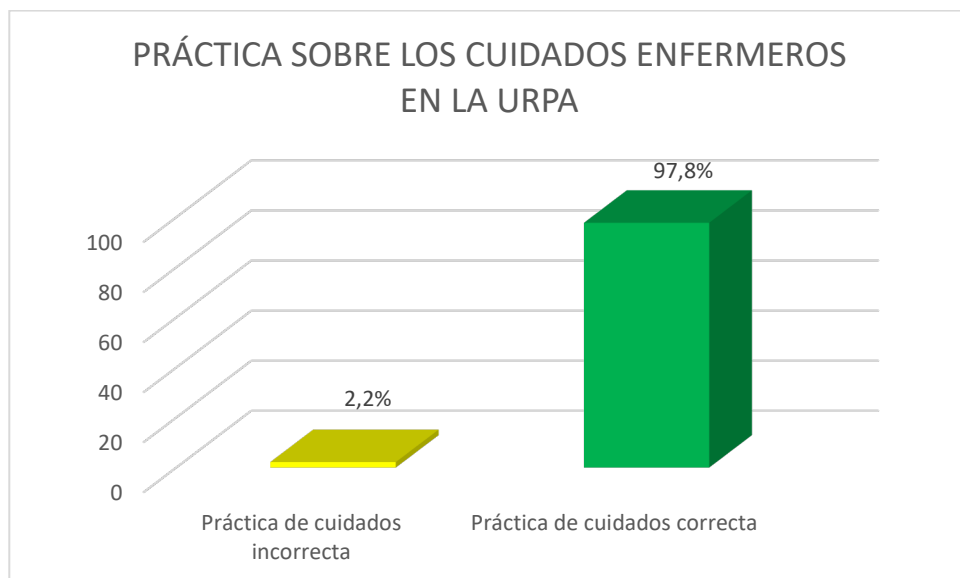
Elaborado por: Flores G.

#### DESCRIPCIÓN

En la Tabla N°03, podemos observar la Práctica sobre los cuidados enfermeros en URPA, donde la práctica de cuidados es correcta con un 97,8% e incorrecta con 2,2%

### GRÁFICO N°03

## PRÁCTICA SOBRE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN UNA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2024



Fuente: Tabla N°03

**TABLA N°04**

**DIMENSIONES PRÁCTICA SOBRE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN UNA  
UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA EN EL HOSPITAL  
HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2024**

<b>DIMENSIONES DE PRÁCTICA SOBRE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LA URPA</b>		
<b>RECEPCIÓN DEL PACIENTE</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Práctica de cuidados incorrecta	0	0,0
Práctica de cuidados correcta	45	100,0
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>MONITOREO DE LA CONCIENCIA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Práctica de cuidados incorrecta	5	11,1
Práctica de cuidados correcta	40	88,9
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>MONITOREO RESPIRATORIO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Práctica de cuidados incorrecta	2	4,4
Práctica de cuidados correcta	43	95,6
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>MONITOREO HEMODINÁMICO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Práctica de cuidados incorrecta	1	2,2
Práctica de cuidados correcta	44	97,8
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>MONITOREO CLÍNICO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Práctica de cuidados incorrecta	1	2,2
Práctica de cuidados correcta	44	97,8
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>MANEJO DE LA VÍA AÉREA Y PRECAUCIÓN PARA EVITAR BRONCOASPIRACIÓN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Práctica de cuidados incorrecta	1	2,2
Práctica de cuidados correcta	44	97,8
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>MANEJO AMBIENTAL, REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA, SEGURIDAD Y CONFORT</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Práctica de cuidados incorrecta	2	4,4
Práctica de cuidados correcta	43	95,6
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>CONTROL DE INFECCIONES</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Práctica de cuidados incorrecta	1	2,2
Práctica de cuidados correcta	44	97,8
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>RECONOCIMINETO Y MANEJO DE COMPLICACIONES</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Práctica de cuidados incorrecta	1	2,2
Práctica de cuidados correcta	44	97,8
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>CRITERIOS DEL ALTA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Práctica de cuidados incorrecta	0	0,0
Práctica de cuidados correcta	45	100,0
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

Elaborado por: Flores G.

## **DESCRIPCIÓN**

En la Tabla N°04, podemos observar las dimensiones de la Práctica sobre los cuidados enfermeros en URPA, donde la práctica en la Dimensión Recepción del paciente es correcta con un 100%, en la Dimensión Monitoreo de la conciencia es correcta con un 88,9% e incorrecta con un 11,1%, en la Dimensión Monitoreo respiratorio es correcta con un 95,6% e incorrecta con un 4,4%, en la Dimensión Monitoreo hemodinámico es correcta con un 97,8% e incorrecta con un 2,2%, en la Dimensión Monitoreo clínico es correcta con un 97,8% e incorrecta con un 2,2%, en la Dimensión Manejo de la vía aérea y precaución para evitar broncoaspiración es correcta con un 97,8% e incorrecta con un 2,2%, en la Dimensión Manejo ambiental, regulación de la temperatura, seguridad y confort es correcta con un 95,6% e incorrecta con un 4,4%, en la Dimensión Control de infecciones es correcta con un 97,8% e incorrecta con un 2,2%, en la Dimensión Reconocimiento y manejo de complicaciones es correcta con un 97,8% e incorrecta con un 2,2%, en la Dimensión Criterio del alta es correcta con un 100%

**TABLA N°05**

**RELACIÓN DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE LOS  
CUIDADOS ENFERMEROS EN UNA UNIDAD DE  
RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA EN EL  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2024**

CONOCIMIENTO SOBRE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LA URPA	PRÁCTICA SOBRE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LA URPA						
	Práctica de cuidados incorrecta		Práctica de cuidados correcta		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Nivel de conocimiento bajo	1	2,2	0	0,0	1	2,2	$\chi^2=45,000$ gl= 2 p=0,000
Nivel de conocimiento medio	0	0,0	15	33,4	15	33,4	
Nivel de conocimiento alto	0	0,0	29	<b>64,4</b>	29	64,4	
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>2,2</b>	<b>44</b>	<b>97,8</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	

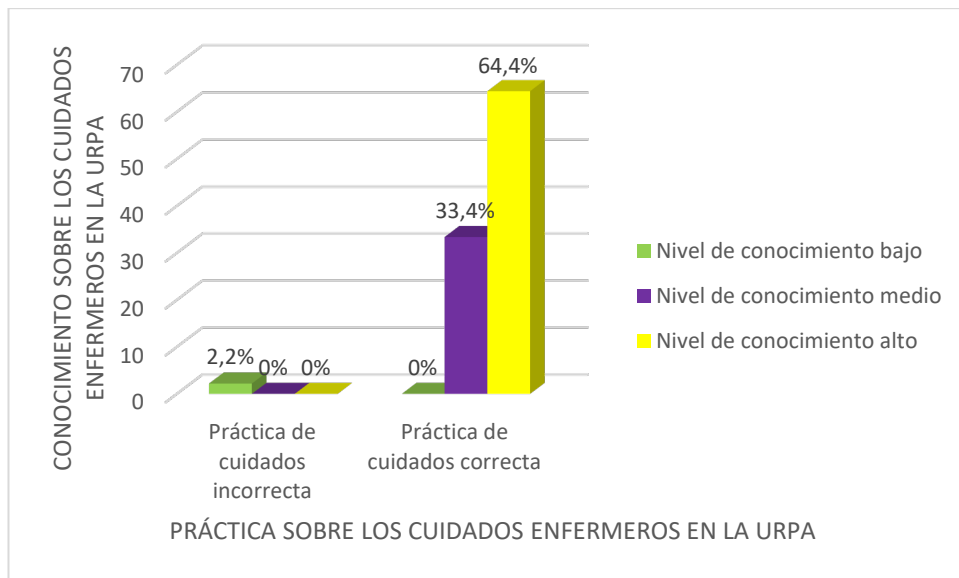
Fuente: Cuestionario sobre conocimiento y práctica sobre los cuidados enfermeros en una URPA del Hospital Hipólito Unanue  
Elaborado por: Flores G.

**DESCRIPCIÓN**

En la presente tabla se puede observar la relación entre el nivel de conocimiento y práctica sobre los cuidados enfermeros en una unidad de recuperación post anestésica en el Hospital Hipólito Unanue, donde el nivel de conocimiento y práctica es al y correcto con 64,4%. Se concluye que existe una relación estadísticamente significativa donde la  $X^2= 45,000$ ,  $gl=2$  y  $p=0,000 < p=0,05$

## GRÁFICO N°04

### RELACIÓN DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN UNA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2024



Fuente: Tabla N°05

## 4.2. DISCUSIÓN

En la **Tabla N°01**, podemos observar las características generales del profesional de enfermería en una unidad de recuperación post anestésica del Hospital Hipólito Unanue, donde la edad es de 28 a 35 años con un 40%, de sexo femenino con 97,8%; años de experiencia de 1 a 5 años con un 44,4%; con tipo de contrato Nombrado con un 48,9%. Así mismo en contraste con los resultados de la edad y el tipo de contrato son importantes porque la edad puede influir en la experiencia y la especialización, mientras que el tipo de contrato afecta la estabilidad laboral, la calidad del trabajo y las responsabilidades.

Es semejante a la investigación de Bazán, L. (21), donde sus resultados encontrados, indica que, el 90,9% (10) de la población estudiada son del sexo femenino y un 9,1 % (1) del sexo masculino, el 90,9%(10) tienen especialidad en centro quirúrgico, mientras que 9,1% (1) tiene otro tipo de especialidad; el 45,5% (5) tiene un tiempo de servicio menor a un año, el 63,6% cuenta con capacitación sobre valoración del dolor postoperatorio y un 36,4% (4) no cuenta con esta. El 100% usa un protocolo para la valoración del dolor postoperatorio y registro EVA, y el 63,6% refiere que la infraestructura (URPA) no es la adecuada.

En la **Tabla N°02**, podemos observar el Nivel de Conocimiento sobre los cuidados enfermeros en URPA, donde el nivel de conocimiento es alto con un 64,4%, seguido de un nivel de conocimiento medio con un 33,4% y bajo con 2,2%. El conocimiento permite al profesional de enfermería gestionar el dolor, monitorear signos vitales, cuidar heridas, prevenir complicaciones y ofrecer apoyo emocional, físico e integral, por lo tanto se sugiere la actualización constante del personal de enfermería para reforzar sus conocimientos.

Difiere de la investigación de Bazán, L. (21), donde el 54,5% de los enfermeros/as tiene un nivel de conocimiento medio sobre la valoración del dolor postoperatorio, el 27,3% tiene un conocimiento alto y un 18,2% un nivel bajo.

Se difiere de la investigación de Pineda, M. (23), donde los resultados: el nivel de Conocimiento en un 60% es alto de las enfermeras, la actitud con el 83,3% es positiva.

En la **Tabla N°03**, podemos observar la Práctica sobre los cuidados enfermeros en URPA, donde la práctica de cuidados es correcta con un 97,8% e incorrecta con 2,2%. Es importante tener la práctica correcta de atención en el área de recuperación pos anestésica, porque es el momento

crítico en el que se estabiliza al paciente, se controlan el dolor y las náuseas, se vigilan las heridas y se promueve la recuperación para prevenir complicaciones antes del alta. Esta práctica asegura el bienestar del paciente.

Es semejante a la investigación de Baquerizo, G. (18), Los resultados: el 100% de los licenciados, cumplen con el cuidado correcto de la herida quirúrgica, el 72% de los pacientes indican que se sienten muy satisfechos en cuanto al buen cuidado físico que le brinda el profesional de salud. Concluyendo: cuidado que brinda el personal de enfermería hacia los pacientes donde se evalúa de manera gradual la evolución de cada uno de ellos para lograr la recuperación total del paciente

En la **Tabla N°04**, podemos observar las dimensiones de la Práctica sobre los cuidados enfermeros en URPA, donde la práctica en la Dimensión Recepción del paciente es correcta con un 100%, en la Dimensión Monitoreo de la conciencia es correcta con un 88,9% e incorrecta con un 11,1%, en la Dimensión Monitoreo respiratorio es correcta con un 95,6% e incorrecta con un 4,4%, en la Dimensión Monitoreo hemodinámico es correcta con un 97,8% e incorrecta con un 2,2%, en la Dimensión Monitoreo clínico es correcta con un 97,8% e incorrecta con un 2,2%, en la Dimensión Manejo de la vía aérea y precaución para evitar broncoaspiración es

correcta con un 97,8% e incorrecta con un 2,2%, en la Dimensión Manejo ambiental, regulación de la temperatura, seguridad y confort es correcta con un 95,6% e incorrecta con un 4,4%, en la Dimensión Control de infecciones es correcta con un 97,8% e incorrecta con un 2,2%, en la Dimensión Reconocimiento y manejo de complicaciones es correcta con un 97,8% e incorrecta con un 2,2%, en la Dimensión Criterio del alta es correcta con un 100%. Se puede observar en los resultados que la mayoría de participantes cumplen con los criterios de la atención en el área de recuperación, sin embargo se debe tener en cuenta que el mínimo porcentaje que no lo cumple, podría ser por diferentes factores, quizá la cantidad de pacientes, la complejidad de la cirugía o incluso la edad de los otros pacientes que ya tiene ingresados.

Es semejante a la investigación de Valle, M. et al (16), donde los resultados permitieron apreciar que la mayoría de los participantes aplicaba *siempre* los elementos del cuidado de enfermería durante el posoperatorio relacionados con las 8 dimensiones estudiadas: en el sistema neurológico, el 100% manifiesta que siempre administra medicamentos según indicaciones médicas y ejecuta cuidados de acuerdo con tipo de anestesia y cirugía realizada y el 65, 52% valora el dolor empleando la escala visual análoga (EVA). En el estado emocional, el 44,83% menciona que a veces brinda orientaciones generales sobre los cuidados posoperatorios. En el sistema cardiovascular: EL 100% refiere

que siempre valora las constantes vitales y administra cuidados antitrombóticos (según prescripción). En el sistema respiratorio: El 100% menciona que siempre verifica la permeabilidad de las vías aéreas, brinda oxigenoterapia, valora la frecuencia respiratoria, pulsioximetría, profundidad de la respiración, ruidos respiratorios. En el sistema gastrointestinal: el 79,31% indaga siempre si hay presencia de vómito. Y el 37,93% menciona realizar siempre la valoración de los signos de distensión abdominal. En el sistema renal, el 100% siempre valora los signos de deshidratación y la funcionalidad de la sonda vesical, además de las características y el volumen de la orina. En el sistema tegumentario: El 100% aborda siempre la verificación de la piel e integridad e inspecciona el estado del apósito que cubre el área de la incisión. En el sistema musculoesquelético: el 75,86% valora el deterioro de la movilidad física y el 51,72% determina siempre el riesgo de caídas; así como el grado de dependencia. Concluyendo que, la mayoría de los participantes aplicaban siempre los elementos de cuidados de enfermería durante el postoperatorio en las ocho dimensiones

En la **Tabla N°05** se puede observar la relación entre el nivel de conocimiento y práctica sobre los cuidados enfermeros en una unidad de recuperación post anestésica en el Hospital Hipólito Unanue, donde el nivel de conocimiento y práctica es al y correcto con 64,4%. Se concluye que

existe una relación estadísticamente significativa donde la  $X^2= 45,000$ ,  $gl=2$  y  $p=0,000 < p=0,05$

Es semejante a la investigación de Pineda, M. (23), 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

## CONCLUSIONES

- Características generales del profesional de enfermería en una unidad de recuperación post anestésica del Hospital Hipólito Unanue, edad es de 28 a 35 años (40%), sexo femenino (97,8%), años de experiencia de 1 a 5 años (44,4%), tipo de contrato es Nombrado (48,9%)
- El Nivel de Conocimiento sobre los cuidados enfermeros en URPA, es alto con un 64,4%, seguido de un nivel de conocimiento medio con un 33,4% y bajo con 2,2%
- La Práctica sobre los cuidados enfermeros en URPA, donde la práctica de cuidados es correcta con un 97,8% e incorrecta con 2,2%
- Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y práctica sobre los cuidados enfermeros en una unidad de recuperación post anestésica en el Hospital Hipólito Unanue, donde la  $X^2= 45,000$ ,  $gl=2$  y  $p=0,000 < p=0,05$

## RECOMENDACIONES

- Incentivar al personal de enfermería que labora en el servicio de centro quirúrgico a las capacitaciones periódicas en la búsqueda de conocimientos actualizados para la mejora en la atención integral al paciente
- El jefe de servicio deberá organizar periódicamente capacitaciones para el personal de enfermería de Centro quirúrgico para el adiestramiento en el cuidado de enfermería en la unidad de recuperación post anestésica.
- Reforzar los talleres de capacitación con laboratorios y maquetas humanas para poner en práctica en el cuidado de enfermería.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rose J, Weiser TG, Hider P, Wilson L, Gruen RL, Bickler SW. Estimated need for surgery worldwide based on prevalence of diseases: a modelling strategy for the WHO Global Health Estimate. *Lancet Glob Health*. abril de 2015;3:S13-20.
2. Danko CL. The Effect of an Undergraduate Perioperative Nursing Course on Safety Knowledge. *AORN J*. marzo de 2019;109(3):346-54.
3. Nilsson U, Gruen R, Myles PS. Postoperative recovery: the importance of the team. *Anaesthesia* [Internet]. enero de 2020 [citado 28 de octubre de 2023];75(S1). Disponible en: <https://associationofanaesthetists-publications.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/anae.14869>
4. Mendieta Bermeo EG, Minchala Urgilés RE. Revisión Bibliográfica: Cuidados y Complicaciones Postquirúrgicas Mediatas y Tardías en Adultos. *Rev Médica Hosp José Carrasco Arteaga*. 30 de noviembre de 2018;10(3):235-41.
5. Larraín BV, Pino IS, Ramírez MF. Procedimientos de Enfermería médico - quirúrgica. *Mediterráneo*; 2007. 522 p.
6. Prearo M, Vocci MC, Fontes CMB. Diagnósticos de enfermagem em recuperação pós-anestésica: intervenções e resultados segundo linguagens padronizadas. *Semina Cienc Biol Saude*. 2021;187-200.
7. Chen T, Crozier JA. Endovascular repair of thoracic aortic pathologies: Postoperative nursing implications. *J Vasc Nurs*. junio de 2014;32(2):63-9.

8. Rojas MJ, Pérez DA. ESTRATEGIA DE ENFERMERÍA PARA DISMINUIR LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ, CUMANA, VENEZUELA.
9. Davidson M, Litchfield K. Patient recovery and the post-anaesthesia care unit. *Anaesth Intensive Care Med.* 1 de octubre de 2021;22(10):607-10.
10. Manuello C. Cuidados post anestécidos [Internet]. Universidad Nacional de Rosario; s.f. [citado 28 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://fundanest.org.ar/wp-content/uploads/2016/07/Recuperacion-post-anestesia-Dr.-Manuello.pdf>
11. Cubas M, Fernandez R, Rubio M. Interacciones en el cuidado de enfermería al paciente en la etapa postoperatorio inmediato. Hospital José Soto Cadenillas chota. 2015-2016 [Internet] [Tesis segunda especialidad]. [Lambayeque]: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2017. Disponible en: <https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/1058/B-C-TES-5838%20CUBAS%20IRIGOIN-FERNANDEZ%20ESTELA-RUBIO%20BUSTAMANTE.pdf?sequence=3>
12. Jimeno-San Martín L, Goñi-Viguria R, Bengoechea L, Fernandez E, Mendiluce N, Romero C, et al. Manejo postoperatorio y cuidados de enfermería tras la implantación de un corazón artificial total: scoping review. *Enferm Intensiva.* septiembre de 2023;S1130239923000664.

13. Miranda R. Cuidados de enfermería para aumentar el confort posoperatorio: Revisión crítica de la literatura [Internet]. Universidad Jaume; 2023 [citado 28 de octubre de 2023]. Disponible en: [https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/203835/TFG\\_2023\\_Serra\\_Ripoll\\_Miranda.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/203835/TFG_2023_Serra_Ripoll_Miranda.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
14. Páez JIP, Salas M. Cuidado de enfermería al paciente en postoperatorio inmediato de revascularización miocárdica a partir de los eventos clínicos que requieren cuidado de enfermería [Internet]. [Bogotá]: Pontificia Universidad Javeriana; 2014. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/16621/SalasSa%20nchezMariaSolangel2014.pdf?sequence=1>
15. Dias TLF, Dos Anjos CM, De Andrade JML, Funez MI. Análise das variáveis perioperatórias e sua relação com as complicações em Sala de Recuperação Pós-Anestésica. Rev Enferm UFSM. 31 de agosto de 2022;12:e42.
16. Valle M, et. al. Cuidado de enfermería durante el postoperatorio inmediato. Rev Eug Esp. 2021;15(2):18-27.
17. Valle M, Guerrero J, Acosta S, 0000-0002-1340-1634Cando M. Cuidado de enfermería durante el postoperatorio inmediato. Rev Eugenio Espejo. 2021;18-27.
18. Baquerizo Gómez GL. Cuidados de enfermería en el post operatorio de colecistectomía en pacientes de 20 a 65 años del hospital básico IESS Ancón. Santa Elena 2021 [Internet] [bachelorThesis]. La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena, 2021; 2021 [citado 29 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/6448>

19. Sánchez Osorio KI, Valdivia Ceferino A. Calidad de los cuidados de enfermería en pacientes postoperados inmediatos en el servicio de cirugía del hospital de Barranca – 2022. 2023 [citado 29 de octubre de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.unab.edu.pe/handle/20.500.12935/215>
20. Becerra B, Chihuahua Hinostraza M. Atención de enfermería y recuperación en pacientes post operdos, Hospital de Contingencia Pichanaki, Junin 2020 [Internet]. Universidad Autónoma de Ica; 2021 [citado 29 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://localhost/xmlui/handle/autonomadeica/762>
21. Bazán L. Nivel de conocimiento del Enfermero/a sobre valoración del dolor postoperatorio en el área de recuperación post anestésica (urpa) del Hospital Regional de Cajamarca 2019 [Internet] [Tesis licenciatura en enfermería]. [Cajamarca]: Universidad San Pedro; 2019 [citado 29 de octubre de 2023]. Disponible en: [http://publicaciones.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/14968/Tesis\\_64074.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://publicaciones.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/14968/Tesis_64074.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
22. Jara Cornelio MA. Intervención de enfermería en pacientes en el pos-operatorio inmediato de colecistectomía convencional en la unidad de recuperación post-anestésica del Hospital de Barranca Cajatambo – SBS – 2019 [Internet]. Universidad Nacional del Callao; 2019 [citado 29 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/4095>
23. Pineda Apaza MB. 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 [Internet]. [Tacna]: Universidd Jorge Basadre Grohmann; 2021

[citado 29 de octubre de 2023]. Disponible en:  
<http://www.repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/4187>

24. Donayre Mayuri AR. Cuidado de enfermería en pacientes post operados del servicio de recuperación del Hospital Santa Rosa, 2016 [Internet] [Tesis segunda especialidad]. [Callao]: Universidad del Callao; 2017 [citado 29 de octubre de 2023]. Disponible en:  
<http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/2645>
25. Solano Zunini VM, Jara Páucar D. Calidad del cuidado de enfermería al usuario post operado inmediato. Hospital de la Amistad Perú-Corea II. 2. Santa Rosa Piura 2017. [Internet]. Universidad Pedro ruiz Gallo; 2019 [citado 29 de octubre de 2023]. Disponible en:  
<https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/5358>
26. Scott J. Cuidados enfermeros en quirófano. Sanidad. Editorial Vértice; 2010. 509 p.
27. Panta Barandiarán SD, Zavaleta Uceda BY. Cuidado Enfermero a personas post operadas en el Servicio de Cirugía en un Hospital de Chiclayo 2016 [Internet]. [Chiclayo]: Universidad Pedro Ruiz Gallo; 2018 [citado 29 de octubre de 2023]. Disponible en:  
<http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/1637>
28. Benavides Caro CA, Prieto Alvarado FE, Torres M, Buitrago G, Gaitán Duarte H, García C, et al. Manual de práctica clínica basado en la evidencia: Controles posquirúrgicos. Rev Colomb Anesthesiol. 1 de enero de 2015;43(1):20-31.
29. Diaz Quispecahuana JD. Escala de medición utilizada en el servicio de recuperación del hospital Sergio E. Bernales y su relación con el cuidado que brindan las enfermeras a los pacientes postanestésicos

- durante el año 2017 [Internet] [Tesis segunda especialidad]. [Callao]: Universidad del Callao; 2018 [citado 31 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/3336>
30. Guerrero J. Cuidado de enfermería al paciente postoperado inmediato [Internet] [Tesis segunda especialidad]. [Lima]: Universidad Cayetano Heredia; 2021. Disponible en: [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11439/Cuidado\\_GuerreroCobenas\\_Josselin.pdf?sequence=1](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11439/Cuidado_GuerreroCobenas_Josselin.pdf?sequence=1)
31. Nerea O. Atención y cuidados de enfermería en el postoperatorio del paciente quirúrgico [Internet]. [Rioja]: Universidad Rioja; 2018. Disponible en: [https://biblioteca.unirioja.es/tfe\\_e/TFE004738.pdf](https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE004738.pdf)
32. Morocho Cherrez MI. Proceso de Atención de Enfermería en el Paciente Post Quirurgico Inmediato en la Sala de Recuperación del Hospital General Macas Marzo a Agosto del 2014 [Internet] [masterThesis]. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo, 2016.; 2015 [citado 31 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/2536>
33. Curasma Gómez D. Cuidados de enfermería en pacientes de apendectomía en el hospital II Essalud Huancavelica 2014 - 2015 [Internet]. [Callao]: Universidad Nacional del Callao; 2016. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12952/2339>
34. Tomas EZ. Guía de procedimiento de atención de enfermería en la unidad de recuperación post anestésica [Internet]. Instituto nacional de salud del niño - San Borja; 2022. Disponible en: <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2022/044->

GUIA%20DE%20PROCEDIMIENTO%20DE%20ATENCIÓN%20DE%  
20ENFERMER%20C3%8DA%20EN%20LA%20UNIDAD%20DE%20RE  
CUPERACION%20POST%20ANESTESICA.pdf

35. de la Quintana F de B. Compendio de antestesiología para enfermería. Primera. Elsevier España; 2006.
36. Esteban M. Esquemas para la sala de recuperación posanestésica. En [citado 1 de noviembre de 2023]. p. 173-89. Disponible en: [https://www.anestesia.org.ar/search/varios/pdfs\\_esquemasyconceptos/07\\_sala\\_recuperacion.pdf](https://www.anestesia.org.ar/search/varios/pdfs_esquemasyconceptos/07_sala_recuperacion.pdf)
37. JA A. The post-anesthesia recovery score revisited. J Clin Anesth. 1995;7:89-91.
38. Apfelbaum JL, Silverstein JH, Chung FF, Connis RT, Fillmore RB, Hunt SE, et al. American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care Practice guidelines for postanesthetic care: an updated report by the American Society of Anesthesiologists task force on postanesthetic care. Anesthesiology. 2013;118(2):291-307.
39. Leguía Alarcón EG. Hipotermia postoperatoria causada por anestesia general en pacientes sometidos a cirugía mayor [Internet]. Universidad Mayor de San Marcos; 2015 [citado 1 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4102>
40. Buckley BS, Lapitan MCM. Drugs for treatment of urinary retention after surgery in adults. Cochrane Incontinence Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 6 de octubre de 2010 [citado 1 de noviembre de 2023];6(10). Disponible en: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008023.pub2>

41. Mohabir P, Gurney J. Merck Manual Professional Version. Postoperative Care. 2015;
42. Jayr C. Repercussions of postoperative pain. Expected therapeutic benefits. En: *Annales francaises d'anesthesie et de reanimation* [Internet]. 1998 [citado 1 de noviembre de 2023]. p. 540-54. Disponible en: <https://www.infona.pl/resource/bwmeta1.element.elsevier-c3ae2847-68ff-3ac4-a239-0c6f13c95c09>
43. Borg Debono V, Zhang S, Ye C, Paul J, Arya A, Hurlburt L, et al. The quality of reporting of RCTs used within a postoperative pain management meta-analysis, using the CONSORT statement. *BMC Anesthesiol.* diciembre de 2012;12(1):13.
44. de Castro JMV, Torres LM. Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. *Rev Soc Esp Dolor.* 2000;7(7):465-76.
45. Moscoso Loaiza LF, Bernal Cardenas CY. Cuidado y manejo del dolor en el paciente en posoperatorio de revascularización miocárdica. *Av En Enferm.* 27 de enero de 2016;33(2):209-21.
46. Warttig S, Alderson P, Campbell G, Smith AF. Interventions for treating inadvertent postoperative hypothermia. *Cochrane Anaesthesia, Critical and Emergency Care Group, editor. Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 20 de noviembre de 2014 [citado 1 de noviembre de 2023]; Disponible en: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009892.pub2>
47. Devereaux PJ, Chan MT, Alonso-Coello P, Walsh M, Berwanger O, Villar JC, et al. Association between postoperative troponin levels and

- 30-day mortality among patients undergoing noncardiac surgery. *JAMA- J Am Med Assoc.* 2012;307(21):2295-304.
48. Rochester Medical Center. Discomforts and Complications After a Child Has Surgery - Health Encyclopedia - University of Rochester Medical Center [Internet]. s.f. [citado 1 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.urmc.rochester.edu/encyclopedia/content.aspx?ContentTypeID=90&ContentID=P03019>
49. Brunicardi F. *Schwartz Principios de cirugía* [Internet]. Octava. México: McGraw-Hill; 2006 [citado 1 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.casadellibro.com/libro-schwartz-principios-de-cirurgia-8-ed/9789701053737/1080002>
50. Gómez-Arnau JI, Aguilar JL, Bovaira P, Bustos F, De Andrés J, De La Pinta JC, et al. Recomendaciones de prevención y tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios y/o asociados a las infusiones de opioides. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* enero de 2010;57(8):508-24.
51. Pereira NHC, De Mattia AL. Postoperative complications related to intraoperative hypothermia. *Enferm Glob.* 8 de junio de 2019;18(3):270-313.
52. Rael Ruiz S, López Pérez MV. Factores de riesgo que contribuyen a la infección del sitio quirúrgico. *Metas Enferm.* 2016;14-20.
53. Vimlati L, Gilsanz F, Goldik Z. Quality and safety guidelines of postanaesthesia care: working party on post anaesthesia care (approved by the European board and section of anaesthesiology, Union Européenne des Médecins Spécialistes). *Eur J Anaesthesiol EJA.* 2009;26(9):715-21.

54. Laza Alonso AM, Núñez de Prado BA, Carbonell Miret A, Vidal Villacampa E, Chirveches Pérez E, Blay Curiel E. Guía de cuidados en cirugía mayor ambulatoria. Madr Arán Ediciones SL. 2009;
55. Pestana Olives AC. Recuperación postanestésica: a propósito de dos planes de cuidados [Internet]. Universidad de la Laguna; 2018 [citado 1 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/9173/Recuperacion%20Postanestesia%20a%20propósito%20de%20dos%20planes%20de%20cuidados.pdf?sequence=1>
56. Ayerbe Malaver KL, Fermin Suarez KM, Inga Galarza SM. Nivel de satisfacción del paciente post operado inmediato sobre el cuidado de enfermería en la unidad de recuperación post anestésica de un hospital [Internet]. [Liima]: Universidad Cayetano Heredia; 2017 [citado 1 de noviembre de 2023]. Disponible en: [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/951/Nivel\\_AyerbeMalaver\\_Katterine.pdf?sequence=3](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/951/Nivel_AyerbeMalaver_Katterine.pdf?sequence=3)
57. Wikipedia. Catorce necesidades fundamentales según Virginia Henderson. En: Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. 2022 [citado 1 de noviembre de 2023]. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Catorce\\_necesidades\\_fundamentales\\_seg%C3%BAAn\\_Virginia\\_Henderson&oldid=147293736](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Catorce_necesidades_fundamentales_seg%C3%BAAn_Virginia_Henderson&oldid=147293736)
58. Jiménez Oliva MA, Marcelo Peña LM. Cuidado enfermero a la persona en el postoperatorio inmediato en la unidad de recuperación postanestésica en un Hospital II-1-Utcubamba 2017 [Internet]. Universidad Pedro Ruiz Gallo; 2018 [citado 1 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/2923>

# ANEXOS

## ANEXO N°01

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### CUESTIONARIO

#### CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS ENFERMEROS EN LA URPA

**Autor:** Centro quirúrgico del INSN; De Borja & López y modificado por la investigadora Lic. Catacora G.

Edad: .....

Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )

Años de experiencia en Centro quirúrgico: .....

Tipo de contrato: Nombrado ( ) 276 ( ) CAS ( ) Otro ( )

**Finalidad:** El estudio tiene como finalidad evaluar el conocimiento sobre los cuidados enfermeros en una URPA, del HHUT.

#### Instrucciones:

Marque la respuesta correcta. Sólo una respuesta por pregunta.

---

#### 1. Menciona la respuesta correcta: ¿Cuáles son los Criterios de ingreso a la Unidad Recuperación post anestésico?

- a) Valorar la puntuación con la Escala de Aldrete en el adulto y en el niño la escala de Steward.
- b) Diagnóstico preoperatorio, tipo de cirugía, tiempo quirúrgico, tipo de anestesia, complicaciones en el intraoperatorio, BH, valoración de las escalas de Aldrete y/o escala Steward según corresponda.

- c) Valoración de la Escala de Aldrete y/o Steward según corresponda, estado hemodinámico, nivel de conciencia.
- d) Brazaletes de identificación, evaluación del estado de conciencia, estado respiratorio, manejo de la vía aérea.

**2. En que consiste la Evaluación de la función respiratoria. Marque la alternativa correcta:**

- a) Monitorización de la permeabilidad de la vía aérea, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno.
- b) Monitorización del índice de oxigenación: gases arteriales y PaO<sub>2</sub>, estado ácido base, de ventilación: capnografía, mecánica respiratoria y monitorización de gases arteriales.
- c) Realizar una exploración física rápida, con inspección de los músculos respiratorios, coloración de los labios o pulpejo de los dedos, así como la frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno.
- d) Para la evaluación de la función respiratoria la pulsioximetría es el más fiable.

**3. ¿Qué parámetros toma en cuenta en la Evaluación de la función cardiovascular en el paciente en la URPA? Marque la respuesta correcta:**

- a) Los parámetros para la evaluación de la función cardiovascular son: la frecuencia cardíaca, la presión arterial y el electrocardiograma.
- b) Los parámetros a considerar para la evaluación del sistema cardiovascular es monitorizar y controlar los signos vitales; frecuencia y ritmo cardíaco, EKG, presión arterial, color de la piel, diuresis y estado neurológico.

- c) Los parámetros a considerar en la evaluación de la función cardiovascular son: electrocardiografía, gasto cardíaco, frecuencia cardíaca.

**4. ¿En qué consiste la Evaluación neurológica del paciente en la URPA? Marque lo correcto:**

- a) La evaluación neurológica consiste en la valoración del estado de conciencia cuando ingresa a la URPA, que puede llegar a la unidad consciente hasta en sedación profunda y en algunos casos en coma.
- b) Para la valoración clínica del estado neurológico existe dos escalas: la escala de Glasgow y de Ramsay.
- c) La evaluación neurológica es la evaluación mental en la unidad de cuidado postoperatorio y cada institución cuenta con una escala que permite medirla.
- d) La evaluación neurológica consiste en valorar el estado de conciencia cada 15 mn, para comprobar las respuestas sensoriales, motoras y el nivel de conciencia.

**5. ¿Qué parámetros nos indicaría que el paciente se encuentra en riesgo cuando realizo la Valoración de los signos vitales en la URPA? Marque lo correcto:**

- a) Los parámetros que nos indican riesgo durante la valoración de los signos vitales son los que marcan variabilidad durante el monitoreo del paciente quirúrgico en la URPA.
- b) Los parámetros de la valoración de los signos vitales a considerar es la disminución de la saturación de oxígeno y la disminución de la presión arterial.

- c) Los parámetros que no indican riesgo en el paciente es la alteración de la frecuencia cardíaca, disminución de la presión arterial, desaturación y deterioro de la conciencia.
- d) Los parámetros de los signos vitales alterados nos indica que el paciente se encuentra en riesgo de complicaciones postoperatorias.

**6. ¿Por qué es importante la Evaluación de la permeabilidad de vías endovenosas? Marque lo correcto.**

- a) Es importante porque nos da seguridad al brindar el tratamiento indicado y oportuno durante la recuperación del paciente en la URPA.
- b) Es importante porque evitaremos eventos adversos durante el tratamiento.
- c) Es importante la valoración de la permeabilidad para poder administrar la fluidoterapia y /o reposición de fluidos, administración de hemoderivados etc.
- d) Es importante la valoración de la permeabilidad, para evitar extravasación del fármaco durante la administración.

**7. ¿Por qué es importante la Valoración del estado hemodinámico? Marque los correcto:**

- a) Es importante porque los pacientes que ingresan tienen algún tipo de repercusión hemodinámica causada en el intraoperatorio.
- b) Es importante la Valoración del estado hemodinámico teniendo en cuenta tipo de cirugía, el tiempo de duración de la cirugía, tipo de anestesia, si hubo complicaciones durante el intraoperatorio, para posteriormente prevenir y evitar

complicaciones en los pacientes en la URPA.

- c) Es importante la valoración del estado hemodinámico, porque a través de un minucioso examen físico y de los parámetros analítico y hemodinámicos se evitará complicaciones en el paciente en la URPA.
- d) Es importante la valoración del estado hemodinámico porque permite conocer la presión arterial, la PVC si contara con un CVC para medir el estado de volemia y el destete de los fármacos que mantuvieron al paciente anestesiado.

**8. ¿Qué nos permite la Valoración de la herida operatoria? Marque o correcto:**

- a) La valoración de la herida operatoria nos permite evaluar el aumento de dolor, si hay evidencia de sangrado en el apósito, nos permite evaluar el drenaje controlando la cantidad y la calidad del fluido eliminado.
- b) La valoración de la herida operatoria nos permite prevenir la infección, y el riesgo de complicaciones causadas por una hemorragia interna.
- c) La valoración de la herida operatoria nos permite valorar distensión gástrica, aumento de dolor por retención urinaria.
- d) La valoración de la herida operatorio nos permite valorar los signos de infección e inflamación como resultado de la reacción orgánica debido a la agresión producida en sala de operaciones.

**9. ¿Qué nos permite conocer la Evaluación del nivel del dolor? Marque lo correcto:**

- a) Permite conocer los principales factores que condicionan el grado de dicho dolor: intervención quirúrgica, posibles

complicaciones posoperatorias, tratamiento anestésico, la calidad de los cuidados postoperatorio.

- b) Permite medir el grado de dolor y su manejo en reducir o eliminar el dolor.
- c) Permite conocer el grado de dolor y evitar resultados negativos como taquicardia, hipertensión, isquemia miocárdica, disminución de la ventilación y mala cicatrización.
- d) Permite medir el grado de dolor y administrar analgésicos intravenosos.

**10. ¿Cuáles son la Complicaciones más frecuentes que posiblemente pueda presentar el paciente en la URPA?**

- a) Complicaciones respiratorias, cardíacas, hipotermia, náuseas y vómitos, renales, neurológicas etc.
- b) Complicaciones respiratorias, cardíacas, termorregulación.
- c) Complicaciones respiratorias, cardíacas y neurológicas.
- d) Complicaciones respiratorias, cardíacas, hipotermia, hipotensión.

**Escala de valoración:**

Nivel de conocimiento alto: 18 - 20

Nivel de conocimiento medio: 14 -17

Nivel de conocimiento bajo:10 -13

## ANEXO N°02

### Lista de cotejo

#### Práctica sobre los cuidados enfermeros en la URPA

**Autor:** Centro quirúrgico del INSN; De Borja & López y modificado por la presente autora

**Instrucciones:** Se procederá a evaluar mediante la observación directa.

**Dónde:** Si = 1 No = 0

N°	DIMENSIONES	SI	NO
	<b>RECEPCIÓN DEL PACIENTE</b>		
1	Realiza la valoración de la escala de Aldrete y /o Steward.		
2.	Valora el tipo de cirugía o intervención realizada		
3	Valora el tipo de anestesia empleada en SOP		
4	Valora el tiempo quirúrgico que tuvo el paciente en SOP		
5	Toma en cuenta los antecedentes patológicos y alergias del paciente.		
6	Toma en cuenta las complicaciones durante el intraoperatorio		
7	Valora la permeabilidad de las vías endovenosas		
8.	Toma en cuenta el BH, fármacos, fluidos y otros hemoderivados administrados en el intraoperatorio		
9	Toma en cuenta los exámenes de diagnósticos tomados en el intraoperatorio y los exámenes seriados por tomar.		
10	Revisa la hoja de indicaciones médicas		
11	Registra en sus notas de enfermería todo lo valorado al ingreso del paciente.		

<b>MONITOREO DE LA CONCIENCIA</b>			
12	Realiza el monitoreo del nivel de conciencia a través de la escala de Ramsay o a escala de Glasgow		
13	En el paciente neuroquirúrgico, valora el estado de conciencia cada 15 mn para comprobar las respuestas sensoriales, motoras y de nivel de conciencia.		
<b>MONITOREO RESPIRATORIO</b>			
14	Valora la frecuencia respiratoria.		
15	Valora la gasometría arterial seriado		
16	Valora la oximetría del pulsioxímetro		
17	Valora la capnografía reflejada en el monitor multiparámetros		
18	Brinda oxígenos al paciente con CBN a 3 l/mn		
<b>MONITOREO HEMODINÁMICO</b>			
19	Valora para su manejo el tipo de cirugía		
20	Valora para su manejo el tipo de anestesia		
21	Valora para su manejo el tiempo de cirugía		
22	Valora la Fx cardiaca, temperatura, presión arterial, Spo2, capnografía.		
23	Mide la PVC, en busca de la volemia del paciente		
24	Valora los gases arteriales, Hb, detección de hematurias.		
25	Valora la cantidad de orina		
26	Realiza el BH		
<b>MONITOREO CLÍNICO</b>			
27	Evalúa el nivel del dolor a través de la escala de EVA		
28	Administra tratamiento para el dolor prescrito		
29	Evalúa la eficacia de las medidas de alivio del dolor		
30	Administra fluidoterapia con Cristaloides o lactato de Ringer		
31	Valora los resultados de laboratorio: Hb, glucosa.		
32	Coordina interconsultas y otros exámenes de diagnostico		

33	Realiza cuidados de los aditamentos: aplicando las normas de bioseguridad en los CVC, Vía periférica, del Exovag, de la sonda vesical etc.		
34	Vigila la herida operatoria en busca de sangrado y aumento de dolor.		
	<b>MANEJO DE LA VÍA AÉREA Y PRECAUCIÓN PARA EVITAR BRONCOASPIRACIÓN</b>		
35	Realiza Fisioterapia respiratoria según indicación		
36	Para eliminar las secreciones fomenta la tos		
37	Para permeabilizar la vía aérea utiliza cánula de Guedel, según corresponda.		
38	Ausulta los sonidos respiratorios, observando disminución o ausencia de la ventilación o la presencia de sonidos adventicios		
39	Realiza la aspiración endotraqueal o nasotraqueal según necesidad		
40	Administra broncodilatadores según indicación prescrita		
41	Coloca al paciente en una posición que alivie la disnea		
42	Vigila el estado respiratorio y de oxigenación		
	<b>MANEJO AMBIENTAL, REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA, SEGURIDAD Y CONFORT</b>		
43	Para la regulación de la temperatura proporciona mantas		
44	Regula la temperatura ambiental colocando lámpara o estufa		
45	Brinda seguridad elevando los barandales de la camilla		
46	Brinda comodidad y confort al paciente		
	<b>CONTROL DE INFECCIONES</b>		
47	Realiza el lavado de manos en cada procedimiento y al contacto con el paciente ante y después.		
48	Aplica las medidas asépticas en los procedimientos y aditamentos invasivos.		

49	Aplica técnicas de aislamiento, en caso lo requiera el paciente		
	<b>RECONOCIMIENTO Y MANEJO DE COMPLICACIONES</b>		
50	Identifica las complicaciones postoperatorias inmediatas		
51	Realiza el manejo adecuado y oportuno de las complicaciones postoperatorias inmediatas.		
	<b>CRITERIOS DEL ALTA</b>		
52	Realiza la prueba de Aldrete o Steward según corresponda		
53	Coordina la transferencia a hospitalización o a UCI		
54	Registra en la hoja de monitoreo las últimas funciones vitales ante de su traslado.		
55	Realiza el Balance hídrico, ingresos y egresos		
56	Registra en sus notas de enfermería la evaluación y evolución del estado general del paciente		
57	Registra el tratamiento administrado: soluciones parenterales, fármacos, sangre y hemoderivados etc.		
58	Registra el nombre, firma y sello del responsable del cuidado enfermero en a URPA		

**Escala de valoración:**

Práctica de cuidados correcta: 30 - 58

Práctica de cuidados incorrecta: 0 – 29

## **ANEXO N°03**

### **VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO (ENCUESTAS MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)**

#### **INSTRUCCIONES:**

El presente documento, tiene como objetivo el de recoger informaciones útiles de personas especializadas en el tema:

#### **CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS SOBRE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN UNA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POS ANESTÉSICA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA, 2024.**

Se compone de 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 suficiente.

Marque con una “X” en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

### HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en éste instrumentos, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumentos es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?.	1	2	3	4	5
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? .....					

Firma del Experto

## PROCEDIMIENTO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

**PRIMERO:** Se construye una tabla de doble entrada, como la mostrada a continuación; y se colocan los puntajes para cada reactivo o ítem de acuerdo al criterio establecido por el experto, además de sus respectivos promedios

### PROMEDIO DE LA VALIDACIÓN DE LOS EXPERTOS DEL CUESTIONARIO

Nº DE ITEMS	EXPERTOS				PROMEDIO
	A	B	C	D	
1	4	5	4	5	4,50
2	4	5	5	5	4,75
3	4	5	5	5	4,75
4	5	5	5	4	4,75
5	4	4	4	4	4,00
6	5	4	5	4	4,50
7	4	5	4	5	4,50
8	5	5	5	5	5,00
9	5	5	5	5	5,00

**SEGUNDO:** Con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(X - Y_1)^2 + (X - Y_2)^2 + \dots + (X - Y_8)^2}$$

Donde:

x = Valor Máximo en la escala concedido para cada ítem.

y = El promedio de cada ítem.

Para el presente estudio tenemos:

X	Y	(X-Y) <sup>2</sup>
5	4,50	0,25
5	4,75	0,06
5	4,75	0,06
5	4,75	0,06
5	4,00	1,00
5	4,50	0,25
5	4,50	0,25
5	5,00	0,00
5	5,00	0,00
SUMA=		1,18

$$DPP = \sqrt{1,18} = 1,08$$

La DPP hallada es de: **1,08**

**TERCERO:** Determinar la distancia máxima (Dmax) del valor obtenido respecto al punto de referencia (0), con la ecuación.

$$Dmax = \sqrt{(X_1 - Y)^2 + (X_2 - Y)^2 + \dots + (X_8 - Y)^2}$$

Donde

x = Valor máximo en la escala para cada ítem. (5)

y = Valor mínimo de la escala para cada ítem. (1)

X	Y	(x-y) <sup>2</sup>
5	1	16
5	1	16
5	1	16
5	1	16
5	1	16
5	1	16
5	1	16
5	1	16
5	1	16
		144

$$Dmax = \sqrt{144} = 12$$

**CUARTO:** La Dmax se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de **2,40**.

**QUINTO:** Con este último valor hallado, se construye una nueva escala valorativa a partir de cero hasta llegar a Dmax. Dividiéndose en intervalos iguales entre sí, llamándose con letras A, B, C, D, E.

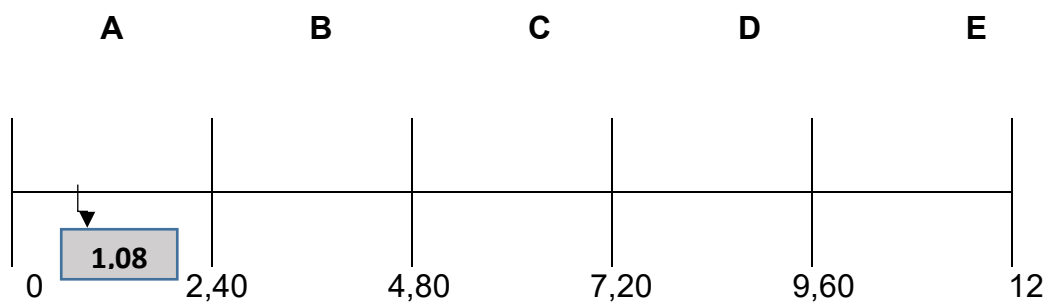
Siendo:

A y B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación



El punto DPP debe caer en las zonas A y B, en caso contrario la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

En el caso nuestro, El valor DPP fue **1,08** cayendo en la zona "A" lo cual significa una **adecuación total** del instrumento y que puede ser aplicado en la recolección de información de este estudio.

## ANEXO N°03-A

### HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. Que los items del instrumento mide lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. Que la cantidad de items registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. Que los items contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. Qué si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. Qué los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. Qué todos y cada uno de los items contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. Qué el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Ud. Qué las escalas de medición son pertinentes a los objetos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? ..... ..... .....					

Firma del experto

  
  
 DR. ANÍBAL USCO  
 ESPECIALISTA EN CENTRO QUIRÚRGICO  
 C.E.P. 14821 R.E.E. 23738

## ANEXO N°03-B

### HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. Que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. Que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. Qué si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. Qué los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. Qué todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. Qué el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Ud. Qué las escalas de medición son pertinentes a los objetos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse?	<p><i>En Anexo 1 - Considerar otras escalas como Bromage, Ramsay... En evaluación del dolor falta escala visual analoga del dolor (EVA)</i></p> <p><i>En Anexo 2 - No considerar diferentes escalas de valoración - en monitores hidro-dinámicos considerar valoración no sólo de oreja, también de Son grado (qmm en cesáreas)</i></p>				

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO  
 GOBIERNO REGIONAL TACNA  
 HOSPITAL HIPOLITO URBANUS DE TACNA  
 DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO  
*R. Silva Chau*  
 LIC. ENF. RENEE VIOLETA SILVA CHAU  
 C.E.P. N° 13067 R.N.E. N° 1338

T. 17-05-24

## ANEXO N°03-C

### HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. Que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. Que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. Qué si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. Qué los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. Qué todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. Qué el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Ud. Qué las escalas de medición son pertinentes a los objetos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? ..... ..... .....					

Firma del experto

  
 DIRECCIÓN DE SALUD  
 HOSPITAL DE YACANA  
 LIC. EN PSICOLOGÍA Y NEUROLOGÍA  
 GER. 045043 RNE. 02041 - CO.

## ANEXO N°03-D

### HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. Que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?.	1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
2. ¿Considera Ud. Qué la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?	1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
4. ¿Considera Ud. Qué si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
5. ¿Considera Ud. Qué los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
6. ¿Considera Ud. Qué todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
7. ¿Considera Ud. Qué el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.	1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
8. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
9. ¿Considera Ud. Qué las escalas de medición son pertinentes a los objetos materia de estudio?.	1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? ..... ..... .....					

Firma del experto

GOBIERNO REGIONAL TACNA  
HOSPITAL RESOLITO UNANUE DE TACNA  
DEPARTAMENTO DE NEFROLOGÍA Y CIRURJICO



LIC. DELIA QUISPE SIHUAYRO  
ENFERMERA JEFE CENTRO QUIRURGICO  
C.E.P. N° 46617 RNE N° 6931

## ANEXO N°04

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

#### PRUEBA PILOTO

El presente instrumento de la investigación, **CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS SOBRE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN UNA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POS ANESTÉSICA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA, 2024.**, fue aplicado en el Hospital Regional de Moquegua, antes de la aplicación de los instrumentos se les hizo firmar el consentimiento informado a las enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico. El propósito de la prueba piloto es conocer la fiabilidad de los instrumentos, así como para proporcionar las bases necesarias para la prueba de validez y de confiabilidad

#### CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO

El criterio de confiabilidad se determinó aplicando la prueba piloto a 10 enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico, una vez aplicada la prueba piloto, se usó el coeficiente Alfa de Cronbach, través de la siguiente formula:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[ 1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$$

Donde:

“ $\alpha$ ” representa a coeficiente de confiabilidad

“K” representa a número de preguntas o ítems

“Vi” representa a varianza de cada ítem

“Vt” representa a varianza de los valores observados

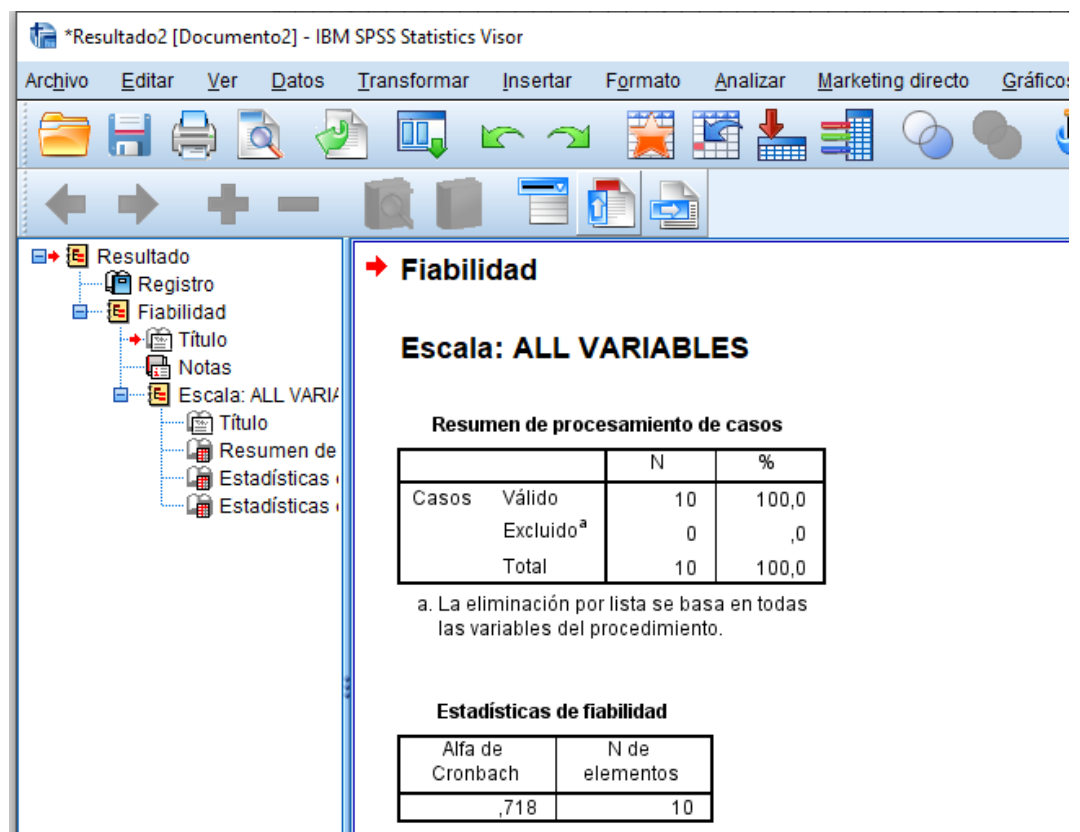
“ $\Sigma$ ” representa a Sumatoria

Considerando a Santiago Valderrama Mendoza propone una confiabilidad Despreciable o mínima es desde 0.00 a 0.20, Baja o ligera de 0.20 a 0.40 , Moderada de 0.40 a 0.60, Marcada de 0.60 a 0.80 y Muy alta de 0.80 a 1.00.

Para dicho cálculo se ha hecho uso del SPSS Versión 26, donde se introdujeron los datos de las 10 encuestas aplicadas, sin exclusión alguna; haciendo una total de 68 preguntas o ítems que se llevaron a la prueba de confiabilidad.

El resultado obtenido para la confiabilidad del instrumento es el siguiente:

a) **CONOCIMIENTO SOBRE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LA URPA.**



El Coeficiente Alfa de Cronbach (índice de consistencia interna) para este instrumento resultó 0.718 siendo equivalente a 71.8% lo que significa que el instrumento tiene una confiabilidad marcada por lo cual el instrumento puede ser aplicado a la población objetivo real.

Teniendo como resultado de su varianza

**Estadísticas de total de elemento**

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
C1	19,40	27,156	,611	,663
C2	20,50	25,833	,747	,641
C3	20,20	27,733	,445	,685
C4	19,70	25,344	,466	,681
C5	19,50	31,167	,185	,724
C6	20,20	31,289	,164	,727
C7	19,60	27,600	,647	,663
C8	20,20	28,400	,295	,713
C9	19,90	28,767	,455	,687
C10	19,70	31,567	,047	,760

**b) PRÁCTICA SOBRE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LA URPA.**

\*ResultadoplOTO.spv [Documento2] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Marketing directo

Resultado

- Registro
- Fiabilidad
  - Título
  - Notas
  - Escala: ALL VARIA
    - Título
    - Resumen de Estadísticas
    - Estadísticas
- Registro
- Fiabilidad
  - Título
  - Notas
  - Advertencias
  - Escala: ALL VARIA
    - Título
    - Resumen de Estadísticas
    - Estadísticas

**Escala: ALL VARIABLES**

**Resumen de procesamiento de casos**

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	10	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,724	58

El Coeficiente Alfa de Cronbach (índice de consistencia interna) para este instrumento resulto 0.724 siendo equivalente a 72.4% lo que significa que el instrumento tiene una confiabilidad marcada por lo cual el instrumento puede ser aplicado a la población objetivo real.

Teniendo como resultado de su varianza

**Estadísticas de total de elemento**

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
P1	52,70	8,900	,000	,724
P2	52,70	8,900	,000	,724

P3	52,70	8,900	,000	,724
P4	52,70	8,900	,000	,724
P5	52,70	8,900	,000	,724
P6	52,70	8,900	,000	,724
P7	52,70	8,900	,000	,724
P8	52,70	8,900	,000	,724
P9	52,70	8,900	,000	,724
P10	52,70	8,900	,000	,724
P11	52,70	8,900	,000	,724
P12	52,70	8,900	,000	,724
P13	52,70	8,900	,000	,724
P14	52,70	8,900	,000	,724
P15	53,00	8,222	,160	,729
P16	52,70	8,900	,000	,724
P17	53,10	6,322	,890	,648
P18	53,00	7,333	,510	,694
P19	52,70	8,900	,000	,724
P20	52,70	8,900	,000	,724
P21	52,70	8,900	,000	,724
P22	52,80	7,956	,473	,702
P23	53,50	8,056	,279	,716
P24	52,80	8,178	,344	,711
P25	52,70	8,900	,000	,724
P26	52,70	8,900	,000	,724
P27	52,70	8,900	,000	,724

P28	52,70	8,900	,000	,724
P29	52,80	7,956	,473	,702
P30	53,20	8,178	,147	,733
P31	52,70	8,900	,000	,724
P32	52,80	7,956	,473	,702
P33	52,80	8,400	,218	,719
P34	52,70	8,900	,000	,724
P35	52,70	8,900	,000	,724
P36	52,70	8,900	,000	,724
P37	53,00	7,556	,418	,704
P38	53,20	8,622	,000	,748
P39	53,30	6,678	,733	,667
P40	52,80	7,956	,473	,702
P41	52,70	8,900	,000	,724
P42	52,70	8,900	,000	,724
P43	52,70	8,900	,000	,724
P44	52,70	8,900	,000	,724
P45	52,70	8,900	,000	,724
P46	52,70	8,900	,000	,724
P47	52,70	8,900	,000	,724
P48	52,70	8,900	,000	,724
P49	52,70	8,900	,000	,724
P50	52,70	8,900	,000	,724
P51	52,70	8,900	,000	,724
P52	52,70	8,900	,000	,724

P53	52,70	8,900	,000	,724
P54	52,70	8,900	,000	,724
P55	52,70	8,900	,000	,724
P56	52,70	8,900	,000	,724
P57	52,70	8,900	,000	,724
P58	52,70	8,900	,000	,724



**ANEXO N° 06**

**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS SOBRE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN UNA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POS ANESTÉSICA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA, 2024**

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>METODOLOGÍA</b>
¿Existe relación entre el Conocimiento y Prácticas sobre los cuidados enfermeros en una Unidad de Recuperación post anestésica	<b>Objetivo general:</b> Determinar la relación entre el Conocimiento y Prácticas sobre los cuidados enfermeros en una Unidad de Recuperación post anestésica del Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2024.	<b>Hi:</b> Existe relación entre el conocimiento y Prácticas sobre los cuidados enfermeros en una Unidad de Recuperación post anestésica del Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2024.  <b>Ho:</b> No existe relación entre el conocimiento y Prácticas sobre los cuidados enfermeros en	<b>Variable independiente:</b>  Conocimiento sobre los cuidados enfermeros en una unidad de recuperación post anestésica	<b>Tipo de investigación:</b> El presente estudio es de tipo cuantitativo, de nivel relacional, de diseño no experimental, de corte transversal  <b>Población:</b> Viene a ser 45 enfermeras (os), que laboran en la URPA, centro

<p>del Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2024?</p>	<p><b>Objetivos específicos:</b></p> <p>Identificar las prácticas sobre los cuidados enfermeros según dimensiones en una unidad de recuperación post anestésica del Hospital Hipólito Unanue</p> <p>Establecer las prácticas sobre los cuidados enfermeros en una unidad de recuperación post anestésica del Hospital Hipólito Unanue.</p> <p>.</p>	<p>una Unidad de Recuperación post anestésica del Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2024.</p>	<p><b>Variable dependiente:</b></p> <p>Prácticas sobre los cuidados enfermeros en una unidad de recuperación pos anestésica</p>	<p>quirúrgico, central de esterilización y servicio de cirugía.</p> <p><b>Muestra: -</b></p> <p><b>Muestreo</b> no probabilístico, porque se trabajará con la totalidad de 45 enfermeras(os) de la URPA, centro quirúrgico, central de esterilización y servicio de cirugía.</p> <p><b>Técnica e instrumentos:</b></p> <p><b>1ra variable:</b> Técnica: encuesta y el instrumento el cuestionario.</p>
--	---	---	---	--

	Evaluar el conocimiento sobre los cuidados enfermeros en una unidad de recuperación post anestésica del Hospital Hipólito Unanue.			<b>2da variable:</b> técnica es la Observación y el instrumento la lista de cotejo.
--	---	--	--	---