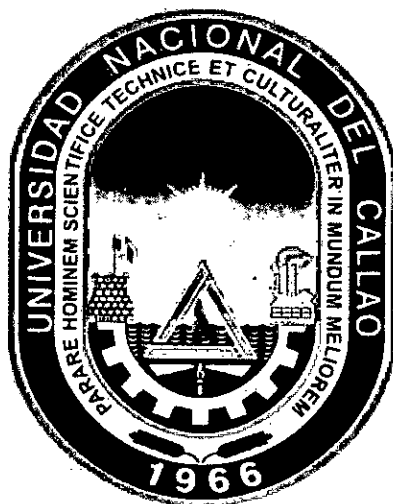


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE POSOPERADO EN EL
SERVICIO DE RECUPERACIÓN HOSPITAL 2 ESSALUD ABANCAY
2016 - 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

ANA LUCIA QUIROZ CHOQUE

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ana Lucia Quiroz Choque', is positioned to the right of the author's name.

**Callao, 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|------------------------------------|------------|
| ➤ DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES | PRESIDENTA |
| ➤ MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZALES | SECRETARIO |
| ➤ MG. INÉS LUISA ANZUALDO PADILLA | VOCAL |

ASESORA: MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 238

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 15/04/2018

Resolución Decanato N° 940-2018-D/FCS de fecha 12 de Abril del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	4
1.3 Justificación	4
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	10
2.3 Definición de Términos	29
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	31
3.1 Recolección de Datos	31
3.2 Experiencia Profesional	32
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	38
IV. RESULTADOS	44
V. CONCLUSIONES	48
VI. RECOMENDACIONES	49
VII. REFERENCIALES	50
ANEXOS	53

INTRODUCCIÓN

El presente informe brinda aquellas consideraciones a tener sobre el **“CUIDADO DE ENFERMERIA DEL PACIENTE POSOPERADO EN EL SERVICIO DE RECUPERACIÓN HOSPITAL 2 ESSALUD ABANCAY 2016 - 2017”**

Trabajo de investigación realizado para optar el título de especialista Enfermería en: Cuidados Quirúrgicos.

Teniendo como finalidad dar alcances realizados en la experiencia profesional en el cuidado de enfermería en pacientes post-operados inmediatos en el servicio de Recuperación centro quirúrgico en el hospital antes mencionado.

El presente informe para su proceso de planificación, ejecución y evaluación está estructurado en seis capítulos:

Capítulo I: Planteamiento del Problema

Capítulo II: Marco Teórico

Capitulo III: Experiencia profesional

Capitulo IV: Resultados

Capítulo V: Conclusiones

Capítulo VI: Recomendaciones

Capitulo VII Referenciales

Anexos

buen trato y el logro de la satisfacción plena del paciente. Contemplando no solo el aspecto físico sino también el aspecto emocional, afectivo y espiritual, favoreciendo la recuperación del paciente disminuyendo así su estancia hospitalaria.

Los resultados del informe están orientados a proporcionar información a las autoridades del Hospital II, Abancay; así como al jefe del servicio de Recuperación y departamento de enfermería para diseñar e implementar programas de mejora continua, contribuyendo a disminuir los riesgos potenciales o secuelas post operatorias; mejorando su adaptación en un ambiente como es el servicio de la Unidad de Recuperación.

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Luego de realizar la revisión de antecedentes se ha encontrado algunos relacionados:

- **A NIVEL NACIONAL**

ROMERO (2008), en Lima desarrolló una investigación descriptiva "Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión", con el objetivo de conocer la percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina, sobre una muestra aleatoria simple de 60 pacientes de una población de 120. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y los instrumentos, el cuestionario y la Escala de Likert modificada, los cuales determinaron que los hallazgos más significativos de la percepción de los pacientes sobre la calidad de atención que brinda la enfermera es en un 31.67% medianamente desfavorable con tendencia a la negatividad, relacionado en gran parte hacia la dimensión interpersonal. Referente a las dimensiones: en la dimensión interpersonal la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención que brinda la enfermera es en un 38.33% medianamente desfavorable con tendencia a la negatividad y en la dimensión del entorno (confort) la percepción del paciente comparte entre lo medianamente desfavorable y lo medianamente favorable un 28.33%, no presentándose en esta dimensión la tendencia a lo negativo. En conclusión, se evidencia que los pacientes en su mayoría perciben de forma desfavorable la atención que brinda la enfermera. Significa que los cuidados de enfermería carecen de la integralidad para satisfacer las necesidades del paciente,

lo que genera sentimientos de insatisfacción e inconformidad con la prestación de servicios de salud (5)

URERE (2008), en Ica, desarrolló una investigación descriptiva "Satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería postoperatoria en el Servicio de Cirugía del Hospital "Santa María del Socorro" de Ica, 2006", con el objetivo de evaluar la satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería postoperatoria en el Servicio de Cirugía, sobre una muestra al azar simple de 145 pacientes post operados de 2 a 4 días de una población de 654. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y los instrumentos, el cuestionario tipo escala Likert con 30 reactivos y otra escala para determinar la atención de enfermería postoperatoria, determinaron que los pacientes post operados en su mayoría fueron mujeres y casadas, con un nivel educativo aceptable. La permanencia postoperatoria mayoritariamente fue de 4 días (60.6%). El nivel de satisfacción en relación a necesidades y expectativas fue parcialmente satisfecho con un promedio de 3.60 y 3.70 y en relación a percepciones resultó satisfecho con 4.12 de promedio. La atención de enfermería postoperatoria fue buena con 47.5%. Se concluye que el nivel de satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería postoperatoria resultó parcialmente satisfecho con un promedio general de 3.72. Con la contrastación de la hipótesis y aplicando la prueba estadística de medias (Z) queda comprobada la hipótesis ($P > 0.05$) con la consiguiente conclusión final (6)

Juárez (2008), en Ayacucho, desarrolló una investigación descriptiva "Cuidados de enfermería post operatorio y satisfacción del paciente en el Servicio de cirugía del Hospital II Es salud Huamanga. Ayacucho", con el objetivo de determinar

los cuidados de enfermería post operatorio y la satisfacción de los pacientes, sobre una muestra al azar simple de 71 pacientes post operados de una población de 150. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y los instrumentos, el cuestionario del nivel de cuidados de enfermería post operatorio y el test de percepción, determinó que el 45.1% de pacientes post operados refiere recibir cuidados de enfermería en un nivel medio, 39.4% alto y 15.5% bajo. El 49.3% de pacientes post operados atendidos en el Servicio de Cirugía del Hospital II Es Salud Huamanga expresa poca satisfacción con los cuidados de enfermería, 42.2% satisfacción y 8.5% insatisfacción. En conclusión, los cuidados de enfermería post operatorio se relacionan significativamente con la satisfacción ($p < 0.05$)(7)

- **A NIVEL INTERNACIONAL**

MICHON (2011) en España, desarrolló una investigación descriptiva "Análisis de satisfacción del paciente quirúrgico en oftalmología", con el objetivo de evaluar la satisfacción del paciente quirúrgico en oftalmología y los factores asociados, sobre una muestra al azar simple de 355 pacientes de una población de 3140. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y los instrumentos, el cuestionario de satisfacción. Los resultados determinaron que los pacientes que responde el cuestionario auto administrado presentan una edad media de $70,76 \pm 8,9$ años. Se observa un 59,37% de hombres frente a un 31,26% de mujeres con un tiempo medio de espera quirúrgica de 2,2 meses. El 64,52% de los entrevistados no conoce el nombre de la enfermera. En conclusión, existe la necesidad de poner en marcha de estrategias dirigidas a la

mejora de la comunicación con los pacientes-familiares y las enfermeras (8).

TORRES (2010) en Colombia desarrolló una investigación descriptiva "Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados", con el objetivo de caracterizar la percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados, sobre una muestra concurrente de 180 pacientes de los servicios médicos, quirúrgicos y de maternidad. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento, el cuestionario de calidad de cuidados de enfermería (Cucace), basado en las dimensiones de experiencias y satisfacción con el cuidado de enfermería, determinó que se obtuvo un alfa de Cron Bach de 0,90; como resultado de la validez facial todos los ítems alcanzaron el criterio de aceptabilidad en cuanto a claridad, precisión y comprensión, una puntuación media de 66,14 sobre 100 para la dimensión de experiencia con el cuidado y de 72,41 para la dimensión de la satisfacción con los cuidados.

Se encontró la relación entre la experiencia con los cuidados y el nivel educativo; además se halló la relación entre la satisfacción con los cuidados y las dos preguntas globales: ¿la valoración global de la atención y el cuidado de enfermería podrían ser mejorados? En conclusión, el Cucace es una escala válida y confiable para la evaluación de la calidad del cuidado de enfermería. Los pacientes de la Clínica Chicamocha tienen en general una percepción positiva en cuanto al cuidado de enfermería recibido. Existe relación entre la percepción del cuidado de enfermería y el nivel educativo de los pacientes (9).

BORRE (2013) en Colombia desarrolló una investigación descriptiva "Calidad Percibida de la Atención de Enfermería por

pacientes hospitalizados en Institución Prestadora de Servicios de Salud de Barranquilla”, con el objetivo de identificar la calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados, sobre una muestra intencional de 158 pacientes. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento, el cuestionario SERVQHOS-E. Los resultados determinaron que la calidad percibida de la atención de Enfermería por los pacientes hospitalizados es “Peor y mucho peor de lo que esperaba” en un 4%, “Como me lo esperaba” en un 17%, y “Mejor y mucho mejor de lo que me esperaba” en un 78%; el 48.7% estuvo “Muy Satisfecho”, el 48.1% “Satisfecho”, y el 3% “Poco y Nada Satisfecho”. El 56% son mujeres y el 44% son hombres, con una media de 48.5 años (DE: 18.5). En conclusión, de acuerdo a la Teoría de la des confirmación de Expectativas de Oliver y los postulados de Parasuraman, el 78% de los pacientes evidenció altos niveles de calidad percibida de la Atención de Enfermería, el 17% modestos niveles de calidad percibida y el 4% bajos niveles de calidad percibida. Resultado coherente con otros estudios, los cuales muestran que la Calidad Percibida como buena oscila entre el 60% y 100%. El 96.8% se sintió satisfecho y el 97% Recomendaría la IPS (10).

2.2 Marco Conceptual

ASPECTOS GENERALES SOBRE SATISFACCION

Aspectos conceptuales

La satisfacción del usuario supone una valoración subjetiva del éxito alcanzado por el sistema de información, ya que sirve como elemento sustitutivo de medidas más objetivas de eficacia que a menudo no se encuentran disponibles, se considera que la

satisfacción es un indicador blando con un marcado componente subjetivo, porque está enfocado más hacia las percepciones y actitudes que hacia criterios concretos y objetivos. (11)

Uno de los autores más representativos que habla sobre satisfacción del paciente es el Dr. Avedis Donabedian "como una medida de eficacia e incluso de control objetivo de la calidad de los servicios de salud" y en relación con los servicios de salud es un punto nodal para determinar la calidad de la atención médica que se presta (12).

La dimensión técnica refiere que la enfermera debe aplicar la ciencia y tecnología para rendir el máximo beneficio para la salud del usuario, resolviendo problemas tanto potenciales como reales, de manera que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos.

Según el Ministerio de Salud, la dimensión humana está referida al aspecto interpersonal de la atención, y que a su vez tiene las siguientes características: respeto a los derechos, a la cultura y a las características individuales de la persona, información completa, veraz, oportuna y entendida por el usuario o por quien es responsable de él o ella; interés manifiesto en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas, lo que es asimismo válido para el usuario interno; amabilidad, trato cordial, cálido y empático en la atención; ética, de acuerdo con los valores aceptados por la sociedad y a los principios ético-deontológicos que orientan la conducta y los deberes de los profesionales y trabajadores de la salud(13).

Factores que influyen en la satisfacción

Con respecto a los factores socio - demográficos, la edad y el grado de instrucción son los factores que influyen en la percepción

de la calidad. De ésta manera a mayor grado de instrucción más baja es su percepción de la calidad (14).

La variable de situación laboral, muestra que el grado de satisfacción entre los diferentes grupos de estudio son similares, encontrándose el mayor grado de satisfacción en el grupo que incluye a el colectivo de jubilados, estudiantes, amas de casa, etc., es decir, personas que no perciben remuneración por su trabajo. Las personas que perciben una menor remuneración poseen un mayor grado de satisfacción, pese a que las diferencias entre todos los niveles de ingresos son muy similares. Los grupos con mayor nivel de estudios muestran menor grado de satisfacción que el grupo de edad con menos estudios. Los grupos de mayor edad son los que poseen mayor grado de satisfacción general. Para las tres áreas de estudio (atención primaria, atención especializada y hospitales públicos) el trato y la profesionalidad médica, de enfermería y demás personal sanitario, se relacionan de forma significativa con el grado de satisfacción general

ASPECTOS GENERALES SOBRE CUIDADO DE ENFERMERÍA

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente.

Sin embargo, existen situaciones que influyen en el quehacer del profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos, que la esencia de ésta, es el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano. Por tal motivo, surge la necesidad de reflexionar acerca de la importancia del cuidado de enfermería, ya que éste repercute y forma parte de la producción de los servicios sanitarios, considerados imprescindibles para conseguir algunos resultados

finales tales como, el alta, la satisfacción y menor estancia hospitalaria del paciente, mayor productividad, eficiencia y eficacia del profesional y el mantenimiento de la calidad de la atención, entre otros (16)

Es sabido que el cuidar, es una actividad indispensable para la supervivencia, desde que la humanidad existe, el cuidado ha sido relevante constituyendo una función primordial para promover y desarrollar todas aquellas actividades que hacen vivir a las personas y a los grupos.

El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud (17).

A través del tiempo y con el progreso de los conocimientos biomédicos sobre el origen de la vida humana, se han podido perfeccionar técnicas, han habido avances científicos y tecnológicos, que influyen en el quehacer del profesional de enfermería olvidando, en algunos momentos, que la esencia de éste es el respeto a la vida y el cuidado profesional al ser humano (18)

En la actualidad la enfermera (o) puede realizar acciones hacia un paciente con el sentido de obligación o responsabilidad (20).

Pero puede ser falso decir que ha cuidado al paciente si tenemos en cuenta que el valor del cuidado humano y del cuidar implica un nivel más alto: la integridad de la persona y la calidad de la atención. Cuidar a todo ser humano llama a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de su dignidad y la conservación de su vida (20).

La revisión acerca del cuidado de enfermería, nos lleva a la reflexión de que el profesional de enfermería necesita una reforma humanista que le permita formarse un correcto y elaborado juicio de lo que significa cuidar al paciente y centrar su función, en la atención y apoyo, para que de esta manera se puedan brindar servicios de una clase nueva y diferente de profesionales sanitarios (21).

CUIDADO DE ENFERMERIA.

Cuidado es la acción de cuidar (preservar, guardar, conservar, asistir). El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio. También es posible cuidar objetos (como una casa) para impedir que ocurran incidentes tales como daños y robos.

El sustento teórico se fundamenta en el modelo de Madeleine Leininger: Cuidados Culturales: Teoría de la Diversidad y la Universalidad (22)

La teoría de Leininger procede de la antropología y de la enfermería. Esta autora ha definido la enfermería transcultural como una de las grandes áreas de la enfermería, que se centra en el estudio y análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad así de los modelos de conducta, siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura y/ o universal.

La enfermería transcultural se ha de convertir en una de las áreas más importantes, significativas y prometedoras del estudio formal, la investigación y la práctica, debido al mundo multicultural en el que se vive. Para que la enfermería tenga importancia y significado

frente a los pacientes y otros profesionales de este campo en todo el mundo, es imperativo disponer de conocimientos y competencias en enfermería transcultural, capaces de orientar las acciones y decisiones para obtener resultados positivos y eficaces.

En esta teoría se establece una distinción entre enfermera transcultural e intercultural. La primera se refiere a los profesionales de enfermería preparados y comprometidos en adquirir un conocimiento y un método práctico de adecuación dentro de la enfermería transcultural; mientras que la enfermería intercultural, la integran los profesionales que utilizan los conceptos antropológicos médicos o aplicados, sin comprometerse en el desarrollo de teorías o prácticas basadas en la investigación dentro del campo de la enfermería transcultural. También indica que ha de diferenciarse entre enfermería transcultural e internacional. Esta última es la que aplican los profesionales que trabajan con dos culturas; en tanto que la enfermería transcultural utiliza una base teórica y práctica comparada entre varias culturas.

Leininger ha descrito a la enfermera transcultural como aquella que ha recibido formación avanzada y es capaz de aplicar los conceptos, principios y prácticas generales, de esta área, definidas por especialistas. La enfermera transcultural instruida en el programa de graduación recibe una intensa preparación y tutela en el desarrollo de sus conocimientos y prácticas en el ámbito de la profesión. En este sentido, actúa como experto, profesor, investigador y/o asesor en culturas seleccionadas. También valora y utiliza las teorías de enfermería transcultural para adquirir un conocimiento avanzado en esta disciplina, de la que Leininger predijo que debía convertirse en elemento central de la formación y la práctica de la enfermería.

Según Mariner, esta teoría ha asumido y promovido una teoría nueva y diferente a los planeamientos tradicionales de la

enfermería, que suelen definir teoría como un conjunto interrelacionado de conceptos, hipótesis y proposiciones que pueden comprobarse para explicar o predecir un hecho, un fenómeno o una situación. En cambio, Leininger define teoría como el descubrimiento sistemático y creativo de conocimientos sobre un área de interés o un fenómeno que parezca importante para comprender o explicar un cierto fenómeno desconocido. En su opinión, una teoría de enfermería debe tener en cuenta el descubrimiento creativo de los individuos, las familias y los grupos, con sus prácticas asistenciales, valores, expresiones, creencias y acciones basadas en sus estilos de vida y su cultura, para procurar una asistencia en enfermería eficaz, satisfactoria y coherente desde el punto de vista cultural. Si la práctica de la enfermería no consigue reconocer los aspectos culturales de las necesidades humanas, aparecerán signos de prácticas de atención de enfermería menos beneficiosas y eficaces e incluso evidencias de insatisfacción de los servicios prestados, lo que constituye un límite para la curación del bienestar (23).

Leininger desarrollo su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, que se basa en su convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan los demás. Como la cultura determina los patrones y estilos de vida que tiene influencia en las acciones y decisiones de las personas, esta teoría pretende ayudar a las enfermeras a descubrir y documentar el mundo del paciente y a utilizar sus puntos de vista étnicos, sus conocimientos y prácticas en conjunción con una ética apropiada (conocimiento profesional) como bases de la adopción de acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales.

Así, los cuidados culturales conforman la teoría integral de enfermería más amplia que existe, ya que tienen en cuenta la totalidad y la perspectiva holística de la vida humana y la existencia a lo largo del tiempo, incluyendo factores estructurales sociales, la visión del mundo, la historia y los valores culturales; el contexto ambiental, las expresiones del lenguaje y los modelos populares (genéricos) y profesionales.

La teoría de los cuidados culturales puede ser inductiva y deductiva, al derivarse del conocimiento étnico (interno) y ético (exterior). Leininger anima a obtener un conocimiento étnico, es decir información del mundo interno de los pacientes constituidos por creencias, costumbres y vivencias de una determinada cultura, considerada como el conocimiento más creíble. El conocimiento ético, es la información que se adquiere del exterior y está referida a la formación del profesional.

La teoría propuesta no se encuadra necesariamente ni entre las del nivel medio ni en el grupo de las grandes teorías, más bien debe verse en términos holísticos o dentro de dominios específicos de interés. Leininger opina que la clasificación en teorías de nivel medio y grandes teorías está desfasada en el desarrollo teórico y en su ampliación.

Dentro de esta teoría se consideran las siguientes definiciones para uniformizar su entendimiento:

Cuidados, se refiere a los fenómenos abstractos y concretos, relacionados con las actividades de asistencia, apoyo o capacitación dirigidas a otras personas que tienen necesidades evidentes potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida.

Cultura es el conjunto de valores, creencias, normas y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos dentro de un grupo

determinado, que orientan sus razonamientos, decisiones y acciones según modos de acción predeterminados.

Cuidados culturales, son todos los valores, creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva y subjetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otra persona o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte.

Diversidad de los cuidados culturales, son diferencias que existen en los significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia dentro de una colectividad o entre grupos o humanos distintos, con el fin de ayudar, apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas a las personas.

Universalidad de los cuidados culturales, es un término referido a los significados, modelos, valores, estilos de vida o símbolos comunes, semejantes o dominantes que se manifiestan entre las diversas culturas y reflejan las formas en que dichas culturas asisten, apoyan, facilitan o permiten medios para ayudar a las personas (El término universalidad no se aplica en un sentido absoluto o con significado estadístico.)

Enfermería, es una profesión y una disciplina humana y científica, que se centra en los fenómenos y actividades de asistencia a seres humanos, con la finalidad de ayudar, apoyar, facilitar o capacitar a las personas o a los grupos a mantener o recuperar su bienestar (o su salud) de manera beneficiosa y dotada de sentido cultural, o para auxiliarles a la hora de afrontar la discapacidad o la muerte.

Visión del mundo, es la forma en que las personas suelen concebir el mundo o el universo para formarse una imagen o una escala de valores sobre su vida o el entorno que los rodea.

Dimensiones estructurales, culturales y sociales, se refiere a los esquemas y características dinámicas de los factores estructurales

y organizativos interrelacionados de una determinada cultura (sub cultura o sociedad), que incluye valores religiosos, de parentesco (sociales, políticos, legales, económicos, educativos, tecnológicos, y culturales y factores etnohistóricos, así como la forma en que se interrelacionan estos factores para influir en la conducta humana en diferentes contextos ambientales.

Contexto ambiental, es la totalidad de un hecho, de una situación o de las experiencias particulares que dan sentido a las expresiones, interpretaciones e interacciones sociales humanas en determinados entornos físicos, ecológicos, sociopolíticos y /o culturales.

Etnohistoria, se refiere a los hechos, sucesos, circunstancias y experiencias del pasado de los individuos, grupos, culturas e instituciones que se centran principalmente en la persona (etno) y describen, explican e interpretan los modelos de vida humanos, en contextos culturales concretos y durante un periodo de tiempo largo o breve.

Sistema asistencial genérico (popular o local), se aplica a los conocimientos y técnicas tradicionales y populares (domésticos), que se transmiten y utilizan para brindar cuidados, apoyo, capacitación o facilitación a otra persona grupo o institución con necesidades reales o previstas, con el fin de mejorar o potenciar su modo de vida, su estado de salud bienestar) o afrontar situaciones de discapacidad o muerte.

Sistema (as) asistencial (es) profesional (es), es el conjunto de conocimientos y prácticas asistenciales, con personal multidisciplinario para la asistencia de usuarios.

Salud, es un término que indica un estado de bienestar que se define, valora y practica culturalmente y que refleja la capacidad de los individuos (o grupo) para realizar sus actividades cotidianas en

modos de vida normalizados, beneficiosos y expresados culturalmente.

Conservación o mantenimiento de los cuidados culturales, se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a las personas de una cierta cultura a mantener y/o preservar los valores asistenciales relevantes, con el fin de que alcancen un estado de bienestar, se recuperen de una enfermedad o puedan afrontar discapacidades y/o la muerte.

Adecuación o negociación de los cuidados culturales, comprenden las acciones y decisiones profesionales creativas de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a las personas con una cierta cultura a adaptarse o negociar con quienes proveen cuidados profesionales para obtener resultados sanitarios beneficiosos.

Rediseño o reestructuración de los cuidados culturales, abarca las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a los pacientes a reordenar, alterar o modificar de forma importante su modelo de vida para adoptar modelos de esquemas de cuidados sanitarios nuevos, diferentes y beneficiosos, respetando los valores culturales y las creencias de dichos usuarios y ofreciéndoles un estilo de vida más saludable y provechoso que el anterior.

Cuidados (de enfermería) coherentes culturalmente, son todos los actos y decisiones de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que se ajustan cognitivamente a los valores culturales, creencias y modos de vida de los individuos, grupos o instituciones con el fin de suministrar o apoyar servicios de bienestar o cuidados sanitarios significativos, provechosos y satisfactorios.

CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN DEL PACIENTE POST- OPERADO INMEDIATO

La enfermera de quirófano proporciona cuidados al paciente que va a someterse a una intervención quirúrgica. Este tipo de asistencia suele realizarse en un medio particular, con equipo especial y requiere que la enfermera tenga un buen adiestramiento. Esta debe contar con conocimientos sobre técnicas asépticas, métodos de esterilización y desinfección, tipos de anestesia, posiciones del enfermo anestesiado y ayuda al cirujano, anestesiólogo, asiste al paciente en la unidad de recuperación post anestésica en el post operatorio inmediato, brinda cuidados con paciencia, comprensión y gran destreza, debe ser capaz de tomar juicios rápidos y adecuados haciendo uso de escalas de medición que evalúen el pre y post operatorio, post anestésico y dolor. La sala de recuperación post anestésica debe ser siempre un medio seguro y aceptable en el que pueda realizarse la recuperación post anestésica. Esto es de mayor importancia, y para lograr que este medio sea aceptable, el personal de enfermería debe tener conocimientos completos de su trabajo y sus responsabilidades.

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

características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente.

La unidad de recuperación se refiere al espacio donde se ubica el paciente en proceso de recuperación gradual de sus funciones orgánicas y reflejos vitales que pueden quedar abolidos tras cualquier acto anestésico o quirúrgico. Suele cursar sin incidencias en la mayoría de pacientes, pero se pueden presenciar distintos eventos que amenazan sus vidas y requieren la rápida actuación de médicos y enfermeras.

Las complicaciones post-anestésicas observadas en la URPA son:

Respiratorias: obstrucción o espasmo de la vía aérea, hipoxemia e hipo ventilación provocada por el dolor o la depresión farmacológica.

Cardio-circulatorias: cuadros de hipotensión por fallo cardíaco o secundario a hipovolemia peri operatoria o pérdidas sanguíneas no repuestas, arritmias, cuadros hipertensivos por dolor, hipoxemia o hipovolemia.

CALIDAD DE CUIDADO

La calidad según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, logrando, un resultado con el mínimo riesgo de efectos, y la máxima satisfacción del paciente (24).

La calidad es ser eficiente, es tener competencia, tener respeto al paciente y familia; calidad es "Hacer lo correcto", en forma correcta y de

inmediato; la calidad es practicar la limpieza, es ser puntual, es mejorar siempre, preocuparnos por la innovación, es usar el vocabulario correcto, que los pacientes tenga confianza en el servicio que se les brinda(25).

De acuerdo con las teorías más aceptadas, el nivel de satisfacción de los servicios sanitarios está claramente relacionado con el grado de adecuación, (conformidad o discrepancia), entre las expectativas y la percepción final del servicio recibido. La satisfacción del paciente (usuario) debe ser un objetivo irrenunciable para enfermería, el método más utilizado para su medida son las encuestas de opinión que permiten detectar aspectos susceptibles de mejora, insuficiencia o disconformidades (25).

TEORÍAS DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Teniendo en cuenta el recorrido que subyace al desarrollo de la calidad, muchos investigadores, dentro de ellos Gutarra, expresa que la calidad debe seguir siendo un objeto de gestión en todas las organizaciones, y para ello existen teorías que han marcado trascendentalmente los enfoques de calidad (28):

- a) Enfoque basado en el Usuario. Las organizaciones dependen de sus clientes, por lo tanto, deberían comprender las necesidades actuales y futuros de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.
- b) Enfoque basado en el Proceso. Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
- c) Enfoque basado en el Producto. La calidad es función de una variable específica y medible, de forma que las diferencias en calidad reflejan diferencias en la cantidad de algún ingrediente o atributo del producto.

TRILOGÍA DE LA CALIDAD

Juran plantea la Trilogía de la Calidad, la cual está compuesta por tres aspectos sustanciales (planificación de la calidad, control de calidad y mejora de la calidad)(28).

a) La planificación de la calidad implica una serie de pasos universales, que son en esencia: Determinar las necesidades de los clientes, Desarrollar las características del producto que responden a las necesidades de los clientes, y Desarrollar los procesos que sean capaces de producir aquellas características del producto.

b) El control de calidad consiste en evaluar el comportamiento real de la calidad, comparando los resultados obtenidos con los objetivos propuestos para luego actuar reduciendo las diferencias.

c) La mejora de la calidad consiste en elevar la calidad a niveles sin precedente; y la metodología para lograrlo consta de: Establecer la infraestructura necesaria para conseguir una mejora de calidad anualmente, Identificar las necesidades concretas para mejorar los proyectos de mejora, establecer un equipo de personas para cada proyecto con una responsabilidad clara de llevar el proyecto a buen fin, proporcionar los recursos, la motivación y la formación necesaria para los equipos.

Ésta es una visión clara de lo que significa la calidad basada en la satisfacción del consumidor, muchas de sus publicaciones lo evidencian al reconocer que existe la satisfacción, pero también la insatisfacción del cliente, desde ésta perspectiva define la satisfacción del cliente como el resultado alcanzado cuando las características del producto responden a las necesidades del cliente, asimilando la satisfacción del cliente a la satisfacción con el producto. Lo cual quiere decir que cuando las características del producto se encuentran inadecuadas el resultado más obvio va a ser la respuesta insatisfecha del cliente, manifestado a través de quejas, reclamos e inconformidad.

Lo anterior hace ver que en el sector salud, la historia de la calidad es relativamente corta y nueva, puesto que posterior al éxito que tuvo el control y garantía de calidad en las grandes empresas e industrias, se fue difundiendo su implementación en las instituciones de salud con el fin de mejorar la atención sanitaria de los hospitales, no obstante, algunos investigadores desde tiempo remoto estuvieron relacionados con la calidad de la atención en salud, tal es el caso de Abraham Flexner y Ernest Amory Codman, pero el mayor aporte en este aspecto lo hizo el Dr. Avedis Donabedian, quien desde la década de los 60s introdujo y desarrolló un modelo de evaluación de la calidad mediante tres pilares fundamentales dentro de la organización de salud, esos aspectos son: Estructura, Proceso, y Resultados(29).

DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

La calidad de atención técnica consiste en la aplicación de las ciencias y tecnologías médicas, en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios (30).

El mismo autor agrega que la calidad de la atención es el encuentro paciente – proveedor, debe definirse como el grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en salud, juzgado por la expectativa de resultados que se podrían atribuir a la atención en el presente. La calidad de los servicios sanitarios tiene tres dimensiones fundamentales:

a) Componente técnico. Hace referencia al conjunto de elementos que forma parte del proceso de prestación de servicios de salud, como la expresión de la adecuación de la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacidad de los profesionales; la estructura física, servicios; que implica la ejecución de todos los procedimientos a través de

6 aspectos fundamentales: Eficiencia, Competencia Profesional, Eficiencia, Continuidad, Accesibilidad y Seguridad.

b) Componente interpersonal: se refiere a las relaciones que se muestra entre el profesional y el paciente, así como la circulación de la información de carácter logístico y sanitario. Es decir, es el grado de interacción y comunicación que se da entre el paciente y el personal de salud, que involucra una adecuada relación interpersonal en el cual debe existir confianza y respeto, empatía, cordialidad, claridad en el lenguaje y veracidad en la información que brinde influyendo determinantemente en la satisfacción del paciente.

c) Componente del entorno (confort): está dado por las condiciones de comodidad que se ofrece en un establecimiento de salud, es el conjunto de cosas y circunstancias que permiten al paciente sentirse a gusto, como: el orden, la ventilación e iluminación, el suministro adecuado de alimentos, el cuidado de la privacidad, los servicios públicos adecuados (teléfono, señalización, limpieza y orden de los ambientes).

Donabedian, en el año 1980, define la calidad en servicios de salud como la habilidad de alcanzar objetivos deseables haciendo uso de medios legítimos. Esta definición tiene una perspectiva técnica, y en ella los objetivos deseables se refieren a un apropiado estado de salud, y relega a un plano inferior la perspectiva de los pacientes en cuanto al servicio que se les presta.

La eficiencia, es la capacidad de suministrar el mayor beneficio utilizando los recursos con los que se cuenta. La accesibilidad, es el grado de facilidad que tiene el usuario para establecer una relación con los usuarios donde requiere ser atendido. La continuidad, es el grado en el cual los clientes reciben la serie completa de servicios que necesitan, sin interrupciones, suspensiones, ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento. Las relaciones interpersonales, es el grado de interacción y comunicación que existe entre los proveedores de salud y los usuarios, es decir las oportunidades de interacción e intercambio de

mensajes, donde exista una actitud abierta y sensible por parte del prestador del servicio, un trato digno y respetuoso de confianza, empatía e información donde el usuario se sienta satisfecho de recibir explicaciones o información detallada del diagnóstico., los exámenes y tratamiento. La comodidad, se relaciona con el confort que ofrece la estructura física del establecimiento de salud, aspectos visuales como la limpieza, la señalización de los servicios, el uniforme del personal de salud, la privacidad del ambiente, la no presencia de gente en la consulta, la ausencia de contradicciones de opinión médica.

Para los servicios de salud la atención brindada es de calidad cuando se brinda a tiempo sin demora tratando de obtener cooperación y participación de los pacientes en decisiones relacionadas al proceso de prestación de cuidados mediante actividades de prevención, detección y tratamiento oportuno, basados en principios científicos y en el uso de tecnología apropiada, recursos profesionales y el proceso de comunicación. Donabedian, establece algunas características de la calidad en la atención a la salud: El modelo de atención a la salud reconoce la satisfacción del usuario mediante la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables, se valoran las preferencias del paciente informado tanto en lo relativo a los resultados como al proceso, lo que constituye un ingrediente esencial en cualquier definición de calidad de la atención a la salud.

Ha sido tan trascendental e importante el concepto de calidad y los aspectos que su abordaje implica dentro de las empresas industriales y de salud, que aún se sigue ahondando en su definición, conceptualización y aplicación desde diferentes puntos de vista, dando como inquietud la búsqueda incesante de querer medirla pero ahora desde una óptica subjetiva y perceptual, situación que entre otras cosas, no es nueva puesto que la historia nos enseña un abordaje que aunque no muy visible, si un poco sobrentendido en este sentido(33).

Es por eso que desde la década de los 80s, el concepto de calidad percibida se debatió entre reconocidos autores e investigadores, y lo cierto es que dada la complejidad del concepto muchos han aunado esfuerzos para tratar de definirlo de una manera sencilla, pero si bien es cierto es que aunque es entendido en el contexto empresarial y organizacional, se ha tornado difícil una definición universal en lo teórico, dando como resultado un surgimiento de variadas conceptualizaciones argumentadas por cada uno de sus exponentes, ya sea a través de sus propias experiencias o desde sustentos teóricos que aproximan el esclarecimiento; no obstante, el dialogo empeora cuando se mezcla con el concepto de Satisfacción del Usuario, porque al ser vistos como conceptos que se evalúan desde la subjetividad del usuario empiezan a jugar importancia otros atributos significativos que se interponen y alteran el resultado final, produciendo satisfacción, insatisfacción, ambos o ninguno.

Situación peculiar debida a lo complejo, cambiante y multifactorial del concepto de calidad percibida.

Incluso algunos autores señalan el concepto como algo escurridizo, utópico y abstracto, difícil de definir y medir, pero algunos otros como Betancourt y Mayo, articulan toda esta concepción y proponen una definición que se acerca a las concepciones propias del autor de la presente investigación, para ellos, la calidad percibida se asume como el proceso mediante el cual se reflejan los diferentes elementos que intervienen en el servicio en formas de imágenes concretas manifestadas a través de juicios del consumidor, quien no sólo valora la calidad de un servicio por su resultado final, sino que también tiene en cuenta el proceso de recepción del servicio (interés, simpatía, trato amistoso, etc.)(36).

Razón por la cual hay quienes en este sentido, afirman que la satisfacción de los clientes produce calidad percibida en los servicios;

mientras que otros consideran la calidad de los servicios como el vehículo para la satisfacción de los clientes.(37)

Bajo esta alternativa paradójica se han venido desarrollando las investigaciones, y el uso de encuestas por parte de las instituciones de salud para tratar de compilar información que les permita generar cambios y ofrecer mejores servicios que respondan a las necesidades y expectativas sociales (38).

2.3 Definición de términos

- **Nivel de satisfacción.** - Es la conformidad expresada por el usuario en función de sus expectativas de la atención que recibe el usuario la satisfacción del usuario es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad. La acción de satisfacer o satisfacerse se conoce como satisfacción. El término puede referirse a saciar un apetito, compensar una exigencia, deshacer un agravio o premiar un mérito.
- **Pacientes Operados.** - La atención al paciente en la etapa post-quirúrgica se lleva a efecto, una vez que ha sido concluida su intervención quirúrgica, para ser trasladado de la sala de operaciones a la sala de recuperación post-anestésica, el inicio de esta etapa se considera al ser ingresado a la sala de recuperación post-anestésica o unidad de cuidados pos anestésicos. Su ubicación es dentro de las instalaciones del quirófano, o bien con acceso directo a la misma. En la etapa post-quirúrgica la atención de la enfermera (o) se centra, en torno a la valoración integral del paciente y su vigilancia continua, con el propósito de proporcionar una asistencia de alta calidad profesional, iniciando por la identificación de complicaciones potenciales y su tratamiento oportuno, incluyendo

la atención a sus familiares, sin olvidar otorgar la atención al paciente con capacidad, seguridad y calidez.

- Cuidado de enfermería en la Unidad de Recuperación Post Anestésica. Abarcan diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente.
- **Cuidado de enfermería.-** Conjunto de acciones realizadas al paciente previo acto quirúrgico, destinadas a identificar condiciones físicas o psíquicas que pueden alterar resultados de la intervención y prevenir complicaciones post operatorias.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

1.4. Recolección de datos

La recolección de datos se realizó en el Hospital II Abancay de la Red Asistencial Apurímac; se cuenta con una población adscrita de 100,000 afiliados.

El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional, se tuvo en cuenta los siguientes datos estadísticos:

Atención de pacientes operados en el año 2016-2017

- Intervenciones Quirúrgicas - Embalse Quirúrgico:
 - o 2016 - 142 Pacientes
 - o 2017 - 193 Pacientes
- Intervenciones Quirúrgicas de Emergencias:
 - o 2016 – 597 Pacientes
 - o 2017 – 825 Pacientes
- Intervenciones Quirúrgicas Programadas:
 - o 2016 - 1,287 Pacientes
 - o 2017 - 1,311 Pacientes
- Intervenciones Quirúrgicas – Suspendidas
 - o 2016 - 76 Pacientes
 - o 2017 - 106 Pacientes

CRITERIOS DE SELECCIÓN

- Criterios de inclusión
 - o Paciente quirúrgico entre 18 a 65 años hospitalizados en la Unidad de Recuperación del Hospital II - Abancay
 - o Paciente quirúrgico inmediato.
- Criterios de exclusión
 - o Paciente quirúrgico menores de 18 y mayores de 65 años hospitalizados en la Unidad de Recuperación del Hospital II - Abancay
 - o Paciente quirúrgico inmediato.

La técnica de recolección de datos fue selección propia no probabilístico.

1.5. Experiencia profesional

El Seguro Social de Salud, EsSalud. Es un organismo público descentralizado con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Sector Trabajo y Promoción Social.

Tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la seguridad social en salud, así como otros seguros de riesgos humanos.

El funcionamiento del nuevo Hospital II Abancay es hace 3 años con dirección Av. Sol brillante- Patibamba Baja. Cuenta con los Servicios de: Centro Quirúrgico, Emergencia, Shock Trauma, UVI, Hospitalización en: Medicina, Cirugía Obstetricia Ginecología Pediatría Neonatología varias especialidades en: Cirugía, Medicina, Ginecología, Pediatría, Traumatología Urología Otorrinolaringología gastroenterología. Consultorios Externos el Servicio de RX banco de sangre Tomografía Laboratorio y Patología.

El Hospital II Abancay cuenta con una población adscrita de 100 mil personas, donde se resuelven problemas de mediana y baja complejidad atendidos en los diversos servicios que se oferta, se encuentra el servicio Centro Quirúrgico. Este servicio está conformado por tres quirófanos y una sala de recuperación donde se brinda atención de las especialidades de ginecología, otorrinolaringología, urología, cirugía oftalmología, traumatología para resolver problemas de salud a través de las cirugías convencionales y laparoscópicas; los más frecuentes es cesáreas, legrado uterino, apendicetomía, laparotomía exploratoria, hernioplastias, histerectomía, exceresis de

amable, observadora, responsable permanente, actualización y gestor de cambios, también ayuda al paciente y a familia para prevenir posibles complicaciones, por lo cual los cuidados inmediatos que brindan las enfermeras en la unidad post anestésica son el control de signos vitales, cuidados en la función respiratoria, estado cardiovascular, electrolitos y eliminación, seguridad y confort, valoración del dolor, valoración según el tipo de anestesia a través de las escalas post anestésicas como escala de Glasgow aldrete, bromage, ramsay y Stewart, administración de medicamentos. Así mismo cada enfermera ofrece estos cuidados expresa sentimientos frente a las experiencias del cuidado que brinda a las personas post operadas.

Recepciono al paciente, verificando la Historia Clínica realizando la valoración hemodinámica y el dolor de acuerdo a las diferentes escalas, sigo la prescripción médica si no obtengo resultados de recuperación, consulto al médico para la administración de otros medicamentos aplicamos las escalas de Aldrette, de Bromage, Eva, Ramsay, Stewart escala de Glasgow tipo de riesgo quirúrgico, consentimiento informado Exámenes Auxiliares y verificamos la evolución de la persona, es muy importante el control de los signos vitales, monitorizamos las primeras dos horas cada quince minutos, luego cada treinta minutos, ya que nos dan referencia de cómo está reaccionando el organismo del paciente y así detectar alguna complicación, si se presentan casos se reacciona inmediatamente frente a este problema dando alerta al anesthesiólogo de turno. Los Pacientes post operados permanecen en recuperación por un periodo promedio de dos a tres horas, luego son hospitalizados o dados de alta según la valoración post anestésica y la evaluación e indicación del médico tratante.

A la llegada de la persona post operada inmediata a esta unidad, como enfermera realizo una valoración y exploración exhaustiva del

"Hay post operados que la presión baja demasiado o aumenta pero igual monitorizo continuamente, realizo acciones de enfermería y comunico al médico de turno"

"Me sentí con temor porque una post- operada presento taquicardia, hipotensión y al examinar identifico hemorragia, vaginal intermitente rápidamente realizo masaje uterino, aumento el goteo a chorro cloruro de sodio de 9 x 1000 más 30 UI de oxitocina y doy voz de alerta comunicando al médico de guardia"

"En algunos casos presentan hipotensión y se puede recuperar pero si hay bradicardia, llamo al médico, pero inmediatamente realizo un electrocardiograma y monitoreo la frecuencia cardiaca con la administración de 0.5mg de atropina ev. Comunico al médico de turno".

Las anotaciones de enfermería es la comunicación escrita de la evolución de la persona post operada de acuerdo al resultado del cuidado realizado en cada actividad vital. Esto se escribe en un formato al que no solamente le confiere limpieza y precisión, sino que también se utiliza el método científico para resolver los problemas de forma diaria; las notas se escriben en forma descriptiva y para ello se emplean las siglas nemotécnicas "SOAPIE", estos son elementos fundamentales que utiliza la enfermera para evaluar y organizar el plan de cuidados de enfermería.

1.6. PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

Si se emplea las escalas de medición en la atención al paciente quirúrgico en el pre y post operatorio post anestésico y dolor es probable que se brinde más tiempo en la atención directa al paciente y

DESCRIPCIÓN DEL CARGO

Cargo:	PLANTILLA C2
	ENFERMERA (O) (P2EN) (RECUPERACION POST ANESTESIA)
Unidad Orgánica:	SERVICIO DE ENFERMERÍA
<p>Función Principal del Cargo:</p> <p>Brindar atención integral de enfermería en el cuidado del paciente en el Centro Quirúrgico-Recuperación-Post-Anestésica del Hospital Base II Abancay.</p>	
<p>Funciones Específicas del Cargo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ejecutar actividades y procedimientos de enfermería en el cuidado del paciente que ingresa a Sala de Operaciones de acuerdo al procedimiento pre operatorio inmediato, según protocolos y guías establecidos. 2. Brindar atención de Enfermería en recuperación Post-Anestésica inmediata y registrar la evaluación de la misma contribuyendo a la oportuna transferencia del paciente al Servicio correspondiente. 3. Recibir el reporte de la enfermera (o) instrumentista y médico anestesiólogo. 4. Observar, evaluar, monitorear los síntomas, signos y reacciones del paciente para identificar sus necesidades y/o problemas que se presenten, reportándolos al médico del servicio. 5. Manejar con habilidad y destreza los equipos biomédicos de diagnóstico y tratamiento como: monitores, electrocardiógrafo, monitoreo hemodinámico invasivo y no invasivo, monitoreo ventilatorio, metabólico, renal, hidroelectrolítico, neurológico, hematológico, gástrico, incubadoras, equipos de fototerapia, aspiración, etc. 6. Elaborar el plan de cuidados de enfermería (PAE, SOAPIE), según la complejidad del caso del paciente. 7. Ejecutar los procedimientos de enfermería, el plan terapéutico establecido por el médico aplicando guías, protocolos y procedimientos vigentes. 8. Realizar el seguimiento del cuidado del paciente en el ámbito de competencia. 9. Gestionar la entrega y la aplicación de los medicamentos al paciente, según indicación médica. 10. Brindar asistencia durante la realización de los procedimientos médico-quirúrgicos y de apoyo al diagnóstico, evitando complicaciones e iatrogenias según nivel y categoría del Hospital Base II Abancay. 11. Gestionar las transferencias, altas, interconsultas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos y otros, por indicación médica según nivel y categoría del Hospital Base II Abancay. 12. Gestionar la ropa hospitalaria, material médico quirúrgico, insumos y equipos necesarios para los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. 13. Elaborar y registrar las notas de enfermería en la Historia Clínica, los sistemas informáticos y en formularios utilizados en la atención. 14. Participar en el diseño, organización y ejecución de las actividades preventivo-promocionales a nivel individual y colectivo en el ámbito de competencia. 15. Participar en las actividades de información, educación y comunicación. 16. Absolver consultas de carácter técnico asistencial y/o administrativo en el ámbito de competencia y emitir el informe correspondiente. 	



ES COPIA DEL ORIGINAL
 ALFREDO C. LANZADA GIL
 ENFERMERA (O) (P2EN)

Cargo:	PLANTILLA C2 ENFERMERA (O) (P2EN) (RECUPERACION POST ANESTESIA)
Unidad Orgánica:	SERVICIO DE ENFERMERIA
<p>17. Participar en comités, comisiones y suscribir los Informes correspondientes, en el ámbito de competencia.</p> <p>18. Elaborar propuestas de mejora y participar en la actualización de Manuales de Procedimientos y otros documentos técnico-normativos según requerimiento o necesidad del Hospital Base II Abancay.</p> <p>19. Participar en la elaboración del Plan Anual de Actividades e Iniciativas corporativas de los Planes de Gestión, en el ámbito de competencia.</p> <p>20. Participar en el diseño y ejecución de proyectos de Intervención sanitaria, investigación científica y/o docencia autorizados por las instancias institucionales correspondientes.</p> <p>21. Capacitar, entrenar y supervisar al personal a su cargo para el desempeño de las funciones asistenciales del Servicio de Enfermería.</p> <p>22. Conducir, coordinar y supervisar el cumplimiento de las normas de bioseguridad.</p> <p>23. Registrar las actividades realizadas en los sistemas de información institucional y emitir informes de su ejecución, cumpliendo las disposiciones vigentes.</p> <p>24. Mantener informado al Jefe de Servicio sobre las actividades que desarrolla.</p> <p>25. Velar por la seguridad, mantenimiento y operatividad de los bienes asignados para el cumplimiento de sus labores.</p> <p>26. Cumplir con los principios y deberes establecidos en el Código de Ética del Personal del Seguro Social de Salud (ESSALUD), así como no incurrir en las prohibiciones contenidas en él.</p> <p>27. Realizar otras funciones afines en el ámbito de competencia que le asigne el Jefe de Servicio.</p>	
Relaciones: Reporta a : Jefe Servicio de Enfermería Supervisa a : Personal Técnico y Auxiliar asignado al Servicio.	
Coordina: Internamente: Según Indicaciones. Externamente: No aplica	



SE COPIA DEL ORIGINAL

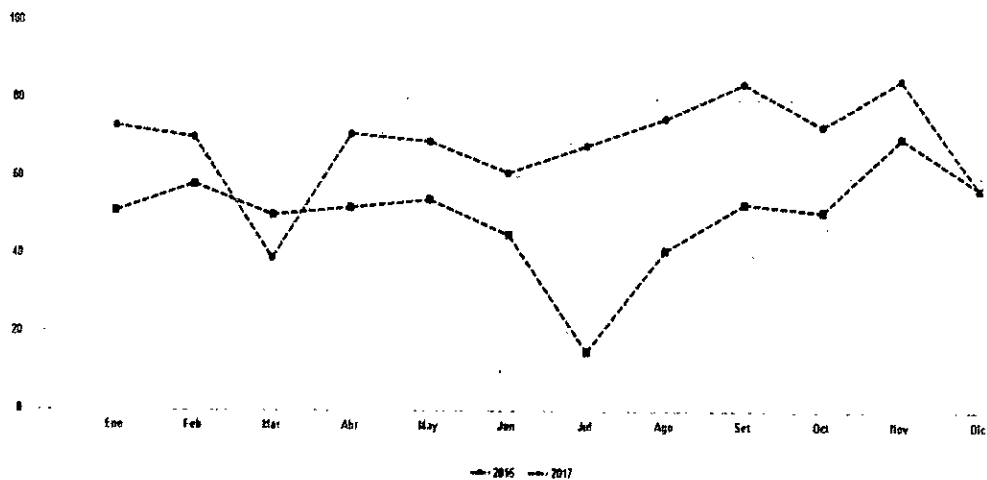
[Handwritten Signature]

ULISES ESTUQUE

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES DE SALA DE
RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA**

HOSPITAL II ABANCAY	Nombre de la jefatura de Departamento / Servicio o equivalente: SALA DE RECUPERACION POST ANESTESIA	VERSION 01 Mes – Año Abril – 2018 Pág.: 01
	Nombre del procedimiento Asistencial: RECEPCION DEL PACIENTE QUIRURGICO	
Definición: Es el proceso mediante el cual se recepciona a un paciente en Centro Quirúrgico quien va hacer sometido a una intervención quirúrgica.		
Objetivo: Considerar el estado emocional del paciente. Considerar la dignidad. Valorar toda situación física y emocional que pueda poner en riesgo el éxito de la intervención.		
Requisitos: Enfermeras, Historia clínica, consentimiento informado, indicaciones médicas, riesgo quirúrgico, riesgo anestesiológico , exámenes de laboratorio, notas de enfermería, observación del paciente		
N° Paso	Descripción de acciones	Responsable
1	Recepcionar al paciente saludándole, presentándonos y preguntarle su nombre para verificar con la historia clínica.	Enfermera
2	Recibir la información de la Lic. En Enfermería	Enfermera
3	Verificar las indicaciones médicas.	Enfermera
4	Informar al paciente quien será el cirujano para su tranquilidad.	Enfermera
5	Verificar si tiene prótesis dental	Enfermera
6	Preguntarle si es alérgico a algún medicamento	Enfermera
7	Preguntarle si está recibiendo algún tratamiento medicamentoso por alguna otra enfermedad.	Enfermera
8	Verificar que su indumentaria sea la correcta	Enfermera
9	Verificar que no lleve objetos de metal como ganchos, alhajas etc.	Enfermera
10	Si es mayor de cuarenta años verificar que ingrese con los miembros inferiores vendados.	Enfermera
11	Tomar conocimiento si el paciente usa marcapaso	Enfermera
12	Tomar atención a las funciones vitales que se nos comunica	Enfermera
13	Cualquier alteración comunicar al anesthesiologo	Enfermera
14	Observar que la zona operatoria este bien limpia e integra	Enfermera
15	Si es emergencia verificar que la venoclisis este permeable	Enfermera
16	Revisar la historia clínica que este con toda la documentación pre quirúrgica	Enfermera
17	Explicarle al paciente que tipo de anestesia se utilizara y como debe colaborar	Enfermera

GRAFICO N° 4.2



Total General:	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
2016	51	58	50	52	54	45	35	41	53	51	70	57	597
2017	73	70	39	71	62	61	88	75	66	73	65	50	825

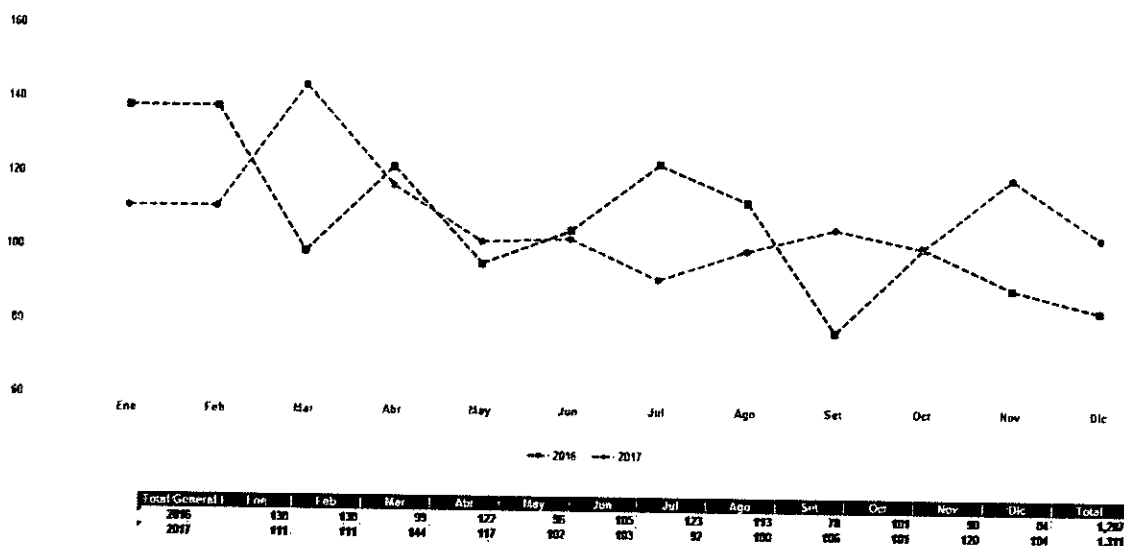
Fuente: Hospital II Abancay

- Intervenciones Quirúrgicas - de Emergencias:
- Intervenciones Quirúrgicas de Emergencias:
 - o 2016 – 597 Pacientes
 - o 2017 – 825 Pacientes

El cuadro comparativo demuestra que, hubo más intervenciones quirúrgicas de emergencia en el año 2017 que el año 2016.

GRAFICO N° 4.3

- Intervenciones Quirúrgicas - Programadas:



Fuente: Hospital II Abancay

- Intervenciones Quirúrgicas - Programadas:

- 2016 - 1,287 Pacientes
- 2017 - 1,311 Pacientes

El siguiente cuadro comparativo demuestra que las intervenciones quirúrgicas programadas con mayor cantidad se realizaron en el año 2017 que el año 2016.

CONCLUSIONES

- a) **El grafico comparativo demuestra que más embalse quirúrgico hubo en el año 2017 que el año 2016.**

El embalse que se ocasiona es por la acumulación de pacientes programados y no alcanzan hacer atendidos por huelgas paros del profesional médico y enfermería.

- b) El grafico comparativo demuestra que, hubo más intervenciones quirúrgicas de emergencia en el año 2017 que el año 2016.

El hospital II Abancay generalmente resuelve intervenciones quirúrgicas de baja y mediana complejidad como emergencias con mayor prioridad están las cesáreas, apendicetomías, fracturas, legrados uterinos, abdomen agudo.

- c) El siguiente grafico comparativo demuestra que las intervenciones quirúrgicas programadas con mayor cantidad se realizaron en el año 2017 que el año 2016.

En el hospital antes mencionado con tamos con las siguientes especialidades como: ginecología, cirugía, traumatología, urología, oftalmología, otorrinolaringología pediatría.

- d) El siguiente grafico comparativo demuestra que las intervenciones quirúrgicas suspendidas con mayor cantidad hubo en el año 2017 que el año 2016.

Las suspensiones que se realizan son por varios motivos: por tiempo operatorio pacientes con enfermedades crónicas, emergencias simultáneas, paciente no quiere operarse con el cirujano programado.

vii. REFERENCIALES

- Borré, Y. (2013). Calidad Percibida de la Atención de Enfermería por pacientes hospitalizados en Institución Prestadora de Servicios de Salud de Barranquilla (tesis de maestría). Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Caminal, J. (2003). La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Revista Calidad Asistencial*. Barcelona. 2001; 16:276–279 Colliere-MF. Promover la vida. México: Interamericana McGraw-Hill.
- Colmenares, O., Saavedra, J. (2007). Aproximación teórica de los modelos conceptuales de la calidad del servicio. España: *Técnica Administrativa*; 6(4).
- Donabedian A. (1993). *Clinical Performance and Quality Health Care*; 1(1): 14-17.
- Gutarra, VA. (2002). Implementación de los Círculos de calidad en el Instituto Superior Tecnológico – ITEC. Tesis de Grado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú – Lima.
- Gutiérrez, R. (2003). Satisfacción del Paciente como medida de la Evaluación de la Calidad Percibida. Toledo.
- Hernández, I. (2014). Cuidado espiritual y nivel de ansiedad situacional en pacientes quirúrgicos del Hospital Regional de Ayacucho, 2013 (tesis doctoral). Arequipa: Universidad Nacional San Agustín.
- Juárez, P.; García, M. (2009) La importancia del cuidado de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2009; 17 (2): 109-111.
- Juárez, R. (2008) Cuidados de enfermería post operatorio y satisfacción del paciente. Servicio de cirugía del Hospital II Essalud

- Huamanga. Ayacucho, 2008 (tesis de segunda especialidad). Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo.
- Juran JM. (1996). Juran y la calidad por el diseño. España: Díaz de Santos.
 - Leininger, M. (1994) Teoría de los cuidados culturales, en Ann Marriner-Tomey, Modelos y teorías de enfermería. Madrid: Mosby Doyma.
 - Marky, G. (2013) Satisfacción según percepción de los padres y cuidado enfermero al niño con infección respiratoria aguda en el Hospital Nacional Dos de Mayo - Diciembre 2012. Tesis de Licenciatura. Lima: UNMSM.
 - Marriner-Tomey A, Alligood-MR. (2002) Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: Harcourt.
 - MINSA (2002). Encuesta de Satisfacción de Usuarios Externos de Servicios de Salud. Lima: MINSA. MINSA. Guía para la Autoevaluación de la calidad para establecimientos de primer Nivel. Lima: MINSA; 2002.
 - Minchón, A. (2011) Análisis de satisfacción del paciente quirúrgico en oftalmología. España. Enferm. glob. vol.10 no.23 Murcia jul. 2011.
 - Muñoz, L. (2014). Influencia de los factores biosocioculturales en la percepción de la calidad de atención en el Centro Quirúrgico del Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho Año 2014. Tesis de maestría. Ayacucho: Universidad César Vallejo.
 - Rodríguez, M. (2012). Factores que influyen en la percepción de la calidad de los usuarios externos de la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis de maestría. Lima: UNSMS.
 - Rojas, F. (2012). Factores relacionados con la satisfacción de los pacientes en la atención primaria, especializada y hospitales públicos, del Sistema Sanitario Español. Un estudio basado en el

ANEXO 05: LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGÍA SEGURA

CIRUGÍA EMERGENCIA
PROGRAMADA Especialidad: _____

Hora Inicio Cirugía: _____

Hora Término Cirugía: _____

Hora Salida Quirófano: _____

N° Autogenerado: _____ Paciente: _____ Fecha: / / Hora: _____

Antes de la inducción de la anestesia	Antes de la incisión	Antes que el Paciente salga del quirófano
<input type="checkbox"/> Se ha confirmado en el paciente: Nombre Zona a ser operada Procedimiento a realizar Consentimiento informado	<input type="checkbox"/> Confirme que todos los miembros del equipo se han presentado por su nombre y función	Enfermera confirma verbalmente con el equipo <input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento registrado <input type="checkbox"/> Que el recuerdo de instrumentos, gasas y agujas son correctos (o no aplicable) <input type="checkbox"/> La muestra o espécimen es etiquetado (incluye el nombre del paciente) <input type="checkbox"/> Si hay problemas para corregir en algún instrumento
<input type="checkbox"/> Se ha marcado la zona a ser operada <input type="checkbox"/> No se aplica	<input type="checkbox"/> Cirujanos, anestesiólogo y enfermera confirman verbalmente: Nombre del paciente Zona a ser operada Procedimiento	<input type="checkbox"/> El cirujano, anestesiólogo y enfermera revisan los temas clave para la recuperación y manejo posterior de este paciente.
<input type="checkbox"/> Se ha completado la revisión de seguridad de la anestesia	Anticipación de Eventos Críticos <input type="checkbox"/> Cirujano revisa: ¿Cuáles son las etapas críticas o inesperadas, duración de la operación, pérdida de sangre? <input type="checkbox"/> Equipo de anestesia revisa: ¿Riesgos específicos del paciente? <input type="checkbox"/> Equipo de enfermería revisa: ¿Ha sido confirmada la esterilización? (Incluye los indicadores de resultado) Riesgos específicos relativos al equipo.	CIRUJANO: Firma _____ Nombre: _____ ANESTESIÓLOGO Firma _____ Nombre: _____ INSTRUMENTISTA: Firma _____ Nombre: _____
<input type="checkbox"/> Oxímetro colocado en el paciente y funcionando	<input type="checkbox"/> ¿Han sido dados antibióticos profilácticos en los últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	ENF. CIRCULANTE: Firma _____ Nombre: _____
Se sabe si el paciente tiene: ¿Alergia conocida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Dificultad en la vía respiratoria/riesgo de aspiración? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si y equipamiento / asistencia disponible ¿Riesgo de pérdida de más de 500 ml de sangre (7 ml/kg en niños)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si y tiene una vía EV y reemplazo planificado	<input type="checkbox"/> ¿Están las imágenes radiográficas exhibidas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica	

Elaborado en base a la RM N° 533-2008/MINSA del 30 de Julio 2008

NOMBRE DE CIRUJANOS: _____ Especialidad: _____

N° de Quirófano: _____ Tipo de Anestesia: _____ Dx. de Operación: _____

B. FICHA DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

C. FICHA DE ANESTESIA



FICHA DE ANESTESIA

SALA DE OPERACIONES Nro.: _____

EDAD: _____ PESO: _____ P.A.: _____ P: _____ R.: _____ Hto/Hb.: _____ TP: _____ Glicen _____ G.S. _____ R.Q. _____ R. ANESTÉSICO: _____	FECHA: _____ NOMBRE: _____ Nro. SEG.: _____ H.C.: _____ SERVICIO: _____ CAMA: _____
DIAG. PRE-OPERATORIO:	ANTECEDENTES:
DIAG. POST-OPERATORIO:	PREMEDICACIÓN:

OPERACIÓN _____

GASAS: _____

HORA	<input type="checkbox"/>	15	30	45	<input type="checkbox"/>	15	30	45	<input type="checkbox"/>	15	30	45	<input type="checkbox"/>	15	30	45	<input type="checkbox"/>	TOTAL	
AGENTES																			
SO ₂ %																			
Et CO ₂																			
PA VA																			
PULSO																			
RESP. \odot																			
OPER. \odot																			
FLUIDOS																			
DIURESIS																			
SANRODADO																			

FÁCIL DIFÍCIL TRAUMAT. NASAL ORAL TET. Nro.	I N T U B A C I O N	TIPO DE ANESTESIA _____	BALANCE HÍDRICO	
		ANESTESIÓLOGO _____	INGRESOS	EGRESOS
		CIRUJANO _____	_____	_____
		1er. ASISTENTE _____	_____	_____
		2do. ASISTENTE _____	_____	_____
		INSTRUMENTISTA _____	_____	_____
		CIRCULANTE _____	_____	_____

INGRESO SALA _____ INIC. ANESTÉSICA _____ INIC. OPERACIÓN _____ TÉRMINO OPERACIÓN _____ SALIDA SALA _____	AGENTE ANESTÉSICOS Y OTROS _____	OBSERVACIONES _____
---	----------------------------------	---------------------

D. FICHA DE RECUPERACIÓN POST ANESTESICA



SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA - REANIMACIÓN FICHA DE RECUPERACIÓN POST ANESTESICA

Nombre y Apellido: _____ N° Seg.: _____ N° Cama: _____
 Fecha: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Operación Practicada: _____
 Anestesiólogo en quirófano: _____ Cirujano: _____
 Anestesiólogo en recuperación: _____ Enfermeras REC.: _____

ANTECEDENTES

DM HTA SIDA HEPATITIS
 T.B.C. ASMA ANTICUAGULADO
 ALERGIAS: _____
 OTROS: _____

INDICACIONES MEDICAS INMEDIATAS (con firma)
 MONITOREO: EKG - PAM - PANI - E - Co2 - PVC - SaO2
 OXIGENOTERAPIA: NASAL - MASCARA - T.T. - VM.
 ANALGESIA POR: CATETER - EV - IM.
 CATETERISMO VENOSO PERIF. CENTRAL ARTERIAL
 HEMOGLOBINA
 AGA - E
 GLUCOSA
 PERFIL COAG.
 RX
 I/C

TIPO DE ANESTESIA: General Regional: R.A.Q. EPID. BLOQ. ASA: C. ()

R.Q.C.V. _____
 R. NEUMOLÓGICO _____

SCORE	INGRESO			SALIDA		
	HORA:	HORA:	HORA:	HORA:	HORA:	HORA:
PARAMETROS	0	1	2	0	1	2
SATURACIÓN O2						
ACTIVIDAD MUSCULAR						
RESPIRACIÓN						
CIRCULACIÓN						
CONCIENCIA						
COLOR						

HORA	Hs	Hs	Hs	Hs	Hs	Hs	Hs	Hs	Hs	Hs
200										
180										
160										
140										
120										
100										
80										
60										
40										
20										
0										

CÓDIGO: _____ Pulso: _____ Presión Arterial: ∇/\wedge Respiración: _____

D A L A N C E F L U I D G S	INGRESO	Tip.	Vol.	Hora		EGRESOS			IRRIGACION	
				Inic.	Fin	HORA INICIO	FIN	OBSERV.	INGRESO	EGRESO
	Cristaloides:					S.H.G.				
						DRESES				
						SANGRADOS				
						HEMOMAC				
	Coloides:					P. INSENSIBLES				
						DURESS				
	Sangre:									
	Plasma:									
	Plaquetas:									
	Otros									

TOTAL ING. _____ TOTAL EGR. _____ S.H.T. _____

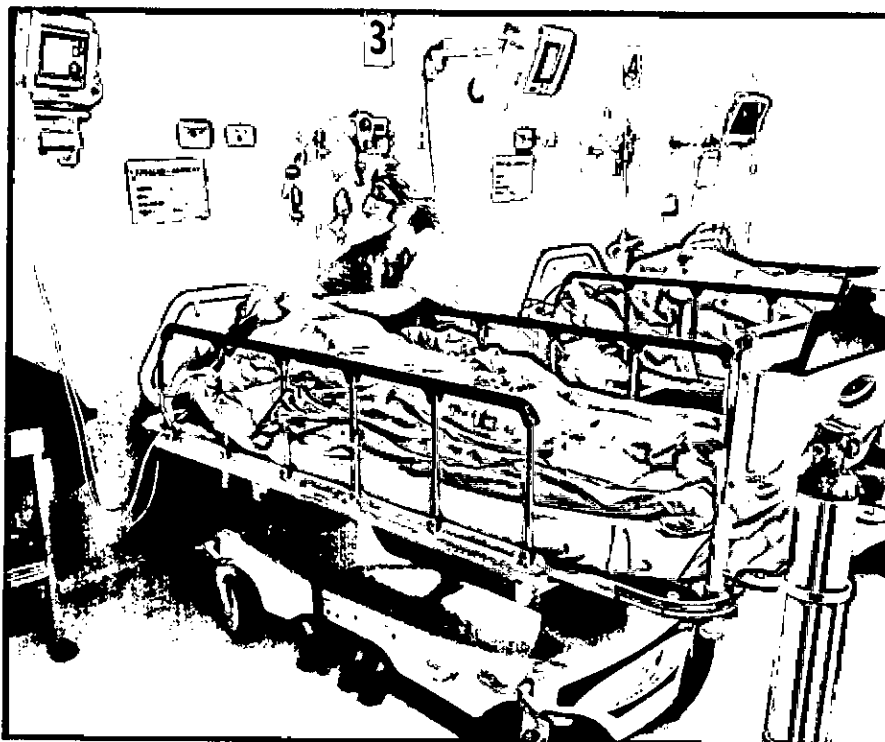
HORA	VÍA AÉREA	PUPILAS	ENF.
	ESPONTANEA		
	TUBO OROFARINGEO		
	TUBO ENDOTRAQUEAL		
	CVM	NAUSEAS	
	SIMV	VOMITOS	
	ESPONT.	CONVULSIONES	
	T.T.	ESPASMOS	
	EXTUB.		

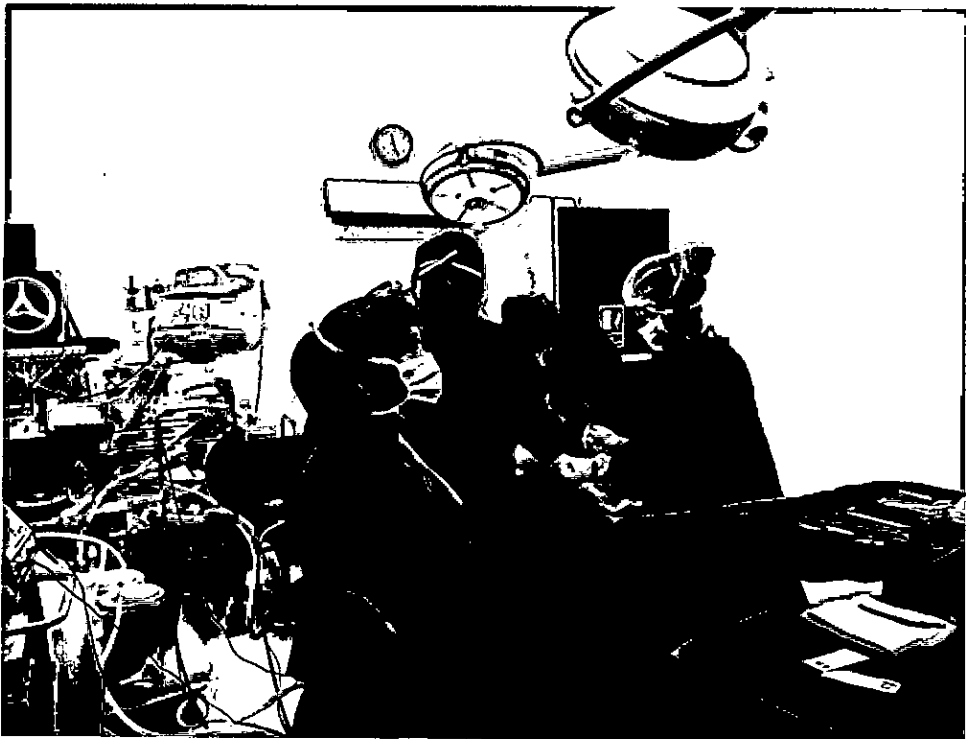
HORA	TERAPEUTICA	NOTAS DE ENFERMERÍA
FIRMA ENFERMERA:	CONDICIONES DE ALTA OTROS: Lúcidos () Estable () Reflejos ()	DESTINO DEL PACIENTE:
		OBSERVACIONES:
		MÉDICO RESPONSABLE

E. REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST ANESTESICA

REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST ANESTESICA																							
Nombre:			Edad:		Sexo:		N°SS:		HC:		Gdo de dependencia:												
Fecha:		Hora:		Intervención Qx:																			
Antecedentes: HTA <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> VIH (+) <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> otros: _____												Alergias:											
Eventos en el Intraoperatorio:																							
Recepcionan: Ux. Enfermera:							Anestesiólogo				Traen con el paciente:												
I. VALORACIÓN DE ENFERMERIA																							
C. ALDRETE			ESCALA DE STEWARD					ESCALA DE BROMAGE					Localización de catéteres (az)										
			Estado de conciencia					Fuerza motora completa															
Ingreso	Alta																						
Actividad	2	3	0	2	3	0	Despierta, hora	2	2	Fuerza motora completa	0	0											
Respiración	2	1	0	2	1	0	R. a estímulos	1	1	Moviliza rodilla	1	1											
Circulación	2	1	0	2	1	0	No responde	0	0	Flexiona dedos y pies	2	2											
Conciencia	2	1	0	2	1	0	Resp. tose	2	2	Incapacidad para mover la extremidad inferior	3	3											
Saturación	2	1	0	2	1	0	Resp. superficial	1	1														
Total																							
Intrav.:			III: Rigido:		Asilado:		N°		Nivel de flexión:		Ubicación Inq.:		Der. TOS:		T. Transperitoneal:		Línea arterial:		Catéter epidural:		Sonda Cardio Qx:		
SNG:			SOG:		Sonda rectal:		Sonda vesical:		Irigación vesical:		Drogs:												
Drenes: Agua:			Pneum:		Tubulur:		kahr:		Jardines Fraz:		Hemorra:		Sub dural:		der. lit:		VAC:		Drenaje torácico:				
Observaciones:																							
Accesos venosos: Via central:						Via periférica:						Clasificación:						N° de Esc:					
Hemodinámicos (P.G.:						P.F.C.:						P.P.:						P.P.:					
Fondones vitales de ingreso: PA:						PAV:						FC:						fz:					
Aspecto general: Estado general:						Estado nutricional:						T°:						Dolor: Esc:					
Herida operatoria:						Estado nutricional:						Posición:											
Características definitorias								Características definitorias								Características definitorias							
Conciencia Despierta (1) Somnolencia (2) Estupeor (3) Coma (4) Orientación: Desorientado (2) Estado mental Confusión (1) Delirio (2) Alucinaciones (3) Conducta Anormal (1) Ineficiente (2) Irritable (3) Agitado (4) Agresivo (5) Inspección: Ansiedad (2) Preocupación (3) Asustado (4) Escala: Normal (1) Abnormal (2) Temor: Despierto (2) Cansado (3) Mucosas: Secas (1) Húmedas (2) Correas: Integridad (2) Cicatriz (3) Oculares: Normal (1) Pálidas (2) Inyectadas (3) Oculares: Inyectadas (1) Perforación Corneal (2) Oculares: Córnea (1) Secreción (2) Edema Palpebral (1) Puntos Palpebrales (2)								Fono card. Frecuencia (1) Obstruido (2) R. Superficial (1) Murmullos Accesores (2) R. Normal (1) Bradicardia (2) Taquicardia (3) Ritmo Normal (1) Otros (2) R. Cardíaco (1) Sibilantes (2) Ortigas (3) Escalofrío (1) Quejido estomatoso (2) Síncopa casual (1) Extracción rídicos (2) Síncopa en reposo (1) Escala al despertar (2) Ortopnea Hiperreactividad (1) Hipoventilación (2) Eructos (2) Pezónes (2) Saca (1) Producción (2) Pálpitos (1) Demas (1) Escapaces (3) Tachicardia (1) Bradicardia (2) Posición (2) Anar. Hiperactivas (1) Sangrado (2)								Espozos (1) Nervios (2) Vértigos (3) Mucosas: Escorridas (1) Inconsciencia (2) Perforación uterina (3) Anar (2) Cloruro (2) Pulmón (2) Polipulmón (3) Otorrrea Colora (1) Hiperactivo (2) Pálido (3) Negro (4) Demas: Inconsciencia local (2) Dolor: Grande (1) Comodo (2) Anar (3) Escapaces: Normales (1) Abnormal (2) Eructos: Sangrado (1) Sangrado: Vigilar (2) Eructos: Anar (1) Anar (2) Escapaces (3) Mucosas: Anar (1) Anar (2) Anar (1) Anar (2) Anar (3) Reacción (1) Anar (2) Anar (3) Reflejo: Presencia (1) Ausencia (2) Hiperreflexia (1) Presencia (2) Caudal (3) Presencia (1) Presencia (2) Caudal (3) parálisis:							
Estado de Eficacia Escala (1) Anar (2) Pálida (3) Pálpitos (1) Anar (2) Anar (3) Correas (4) T° normal (1) Piel caliente (2) piel fría (3) Saca (1) Anar (2) Anar (3) Anar (4) Perforación: Anar (2) Anar (3) Anar (4) Escalofrío (1) Intensas (2)								Sangrado normal Estado cor. G. sup (1) > 2 sup (2) Pálpito (1) Irregular (2) Dolor (1) Dolor (2) Anar (3) Bradicardia (1) Taquicardia (2) P. Sistol (2) Anar (1)								Anar (1) Anar (2) Anar (3) Anar (1) Anar (2) Anar (3) Anar (1) Anar (2) Anar (3) Anar (1) Anar (2) Anar (3) Anar (1) Anar (2) Anar (3)							
Hipoxia (1) Pálpitos (2) Escalofrío (1) Anar (2) Mucosas (1) Pálpitos (2) Pálpitos (1) Pálpitos (2)								Normal (1) Escapaces (2) Nervios (3) Sangrado: Vigilar (1) Anar (2) Normal (1) Escapaces (2) Anar (3) Anar (1) Anar (2) Anar (3)								Anar (1) Anar (2) Anar (3) Anar (1) Anar (2) Anar (3) Anar (1) Anar (2) Anar (3)							
Pálpitos (1) Pálpitos (2)								Anar (1) Anar (2) Anar (3)								Anar (1) Anar (2) Anar (3)							
NOTAS DE ENFERMERIA DE INGRESO:																							
MONITOREO DE FUNCIONES VITALES																							
Fecha																							
Hora																							
Sat																							
P. A.																							
PAM																							
F. C.																							
F. R.																							
T°																							
HGT																							
Dolor																							

F. PANEL FOTOGRÁFICO





FUENTE: Elaboración Propia, 2017