

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“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”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
ENFERMERIA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

LIC. DIAZ QUISPECAHUANA, JACQUELINE DENISSE

Callao, 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|---------------------------------------|----------------------|
| • Dra. Zoila Díaz Tavera | PRESIDENTA DE JURADO |
| • Lic. ESP. Yrene Zenaida Blas Sancho | SECRETARIA DE JURADO |
| • Mg. Laura Margarita Zela Pacheco | VOCAL DE JURADO |

ASESOR: Mg. William Holden Horna Pizarro

Nº DE LIBRO: 3

Nº DE ACTA: 005 - 2019

FECHA DE APROBACIÓN DE TESIS: 04 de Enero del 2019

RESOLUCIÓN DE SUSTENTACIÓN DE LA UNIDAD DE
INVESTIGACIÓN

Nº 1562-2018- CF/FCS

DEDICATORIA

A mis padres, quienes me han enseñado con su ejemplo a rebasar todas las barreras que la vida nos presenta, a mi esposo por siempre apoyarme incondicionalmente, a querer ser mejor cada día, a entender que no hay nada imposible y que solo hay que esmerarse y sacrificarse, para lograr la meta que me he planteado.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por iluminarme todos los días, por cuidarme y protegerme, por darme inteligencia y la paciencia para alcanzar metas propuestas.

A mis asesores por la guía de esta tesis.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE	1
TABLAS DE CONTENIDO	3
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la realidad problemática	9
1.2 Formulación del problema	10
1.3 Objetivos	11
1.3.1 Objetivo general	11
1.3.2 Objetivos específicos	11
1.4 Justificación	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes (internacional y nacional)	13
2.2 Marco	19
2.2.1 Teórico	19
2.2.2 Conceptual	21
2.3 Definición de términos básicos	38
CAPÍTULO III: VARIABLES E HIPÓTESIS	
3.1 Hipótesis	40
3.1.1 Definición de las variables	40
3.1.2 Operacionalización de variables	42

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
4.1 Tipo y diseño de la investigación	45
4.2 Población y muestra	47
4.3 Técnicas e instrumentos para la recolección de la Información de campo	48
4.4 Análisis y procesamiento de datos	49
CAPÍTULO V: RESULTADOS	
5.1 Resultados descriptivos	50
5.2 Resultados inferenciales	52
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
6.1 Contrastación de la hipótesis	53
6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares	55
6.3 Responsabilidad ética	56
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS	63
• Matriz de Consistencia	
• Instrumentos de recolección de datos	
• Informe de opinión de expertos de los instrumentos	

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 5.1

UTILIZACION DE LA ESCALA DE MEDICIÓN ALDRETE EN ENFERMERAS DE LA UNIDAD DE RECUPERACION DEL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES – 2017	50
--	----

TABLA 5.2

CUIDADO DEL PACIENTE POSTANESTÉSICO EN ENFERMERAS DE LA UNIDAD DE RECUPERACION DEL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES – 2017	51
---	----

TABLA 5.3

ESCALA DE MEDICIÓN ALDRETE Y CUIDADO DEL PACIENTE POSTANESTÉSICO EN ENFERMERAS DE LA UNIDAD DE RECUPERACION DEL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES – 2017	52
--	----

TABLA 6.1

PRUEBA CHI CUADRADO	54
---------------------	----

ÍNDICE DE GRÁFICO

GRAFICO 5.1

UTILIZACION DE LA ESCALA DE MEDICIÓN ALDRETE EN ENFERMERAS DE LA UNIDAD DE RECUPERACION DEL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES – 2017 50

GRAFICO 5.2

CUIDADO DEL PACIENTE POSTANESTÉSICO EN ENFERMERAS DE LA UNIDAD DE RECUPERACION DEL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES – 2017 51

GRAFICO 5.3

ESCALA DE MEDICIÓN ALDRETE Y CUIDADO DEL PACIENTE POSTANESTÉSICO EN ENFERMERAS DE LA UNIDAD DE RECUPERACION DEL HOSPITAL SERGIO E. BERNALE 2017 52

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como finalidad determinar la relación de la escala de medición Aldrete y el cuidado de enfermería a los pacientes postanestésicos en el Hospital Sergio E. Bernales Collique - 2017.

La presente tesis corresponde a un estudio de tipo descriptivo correlacional porque determina las relaciones existentes entre las variables Escala de medición Aldrete y el Cuidado de enfermería a pacientes postanestésicos. La muestra estuvo conformada por 25 enfermeras. Para poder llevar a cabo todo este proceso se han utilizado como instrumentos el cuestionario y la escala de Lickert. Los resultados mostraron que el 52% de enfermeras de la Unidad de Recuperación del Hospital Sergio E. Bernales, utilizó la Escala de Medición Aldrete en un nivel alto y en el cuidado de enfermería a pacientes postanestésicos, se evidenció un nivel medio (52%). Se aplicó el Chi Cuadrado para contrastar la hipótesis, siendo el $p\text{-valor}=0.044<0,05$, se rechazó H_0 . Por lo que se concluye que la escala de medición Aldrete se relaciona significativamente en el cuidado de enfermería a los pacientes postanestésicos del hospital Sergio E. Bernales Collique 2017 a un nivel de significancia del 5%.

Palabras clave: Escala de Medición Aldrete, cuidado, conocimiento, servicio de recuperación, enfermería, paciente postanestésico.

ABSTRACT

The purpose of this research was to determine the relationship between the Aldrete measurement scale and nursing care for postanesthetic patients at the Sergio E. Bernales Collique Hospital -2017.

This thesis corresponds to a correlational descriptive study because it determines the relationships between the variables Aldrete measurement scale and nursing care for postanesthetic patients. The sample consisted of 25 nurses. In order to carry out this process, the questionnaire and the Lickert scale have been used as instruments. The results showed that 52% of nurses in the Recovery Unit of the Sergio E. Bernales Hospital, used the Aldrete Measurement Scale at a high level and in the care of post-anesthetic patients, an average level was evidenced (52%) . The square Chi was applied to test the hypothesis, being the p-value = 0.044 <0.05, Ho was rejected. Therefore, it is concluded that the Aldrete measurement scale is significantly related in nursing care to post-anesthetic patients of the Sergio E. Bernales Collique 2017 hospital at a level of significance of 5%.

Key words: Aldrete Measurement Scale, care, knowledge, recovery service, nursing, postanesthetic patient.

INTRODUCCIÓN

El tema de la presente Tesis se ha delimitado bajo el título de “ESCALA DE MEDICIÓN ALDRETE Y LA RELACIÓN CON EL CUIDADO DE ENFERMERIA A PACIENTES POSTANÉSTESICOS EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES COLLIQUE 2017” y su problemática está constituida por la experiencia en la utilización de la escala de medición en el cuidado a los pacientes postanestésicos desarrollado por las enfermeras del Hospital Sergio E. Bernales.

El objetivo general de la presentación de este caso fue determinar si la escala de medición Aldrete tienen relación con el cuidado de enfermería a pacientes postanestésicos en el Hospital Sergio E. Bernales Collique - 2017.

Para ello, se establecieron objetivos específicos en torno al análisis hecho en el presente trabajo para establecer si el uso de la escala de medición Aldrete permite evaluar el nivel de recuperación de los pacientes postanestésicos del Hospital Sergio E Bernales. El desarrollo integral de la investigación consta de seis capítulos: el primer capítulo corresponde al planteamiento del problema, que comprende: la determinación del problema, la formulación del problema, los objetivos de la investigación y la justificación de la investigación. El segundo capítulo corresponde al marco teórico y abarca los antecedentes y las bases teóricas conceptuales. En el tercer capítulo, denominado variables e hipótesis, se establecen las variables y la operacionalización de las mismas, la hipótesis general y las específicas, mientras que el cuarto capítulo está referido a la metodología en la cual se determina el tipo y diseño de investigación, los métodos, la población y muestra del estudio, así como las técnicas e instrumentos de recolección de información, en el quinto capítulo se evidencia los resultados y en el sexto capítulo se realiza la discusión de los mismos.

Por ultimo las conclusiones y recomendaciones surgidas en base a la presente investigación. Así como la bibliografía, referencias electrónicas, referencias bibliográficas y anexos de la presente investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La profesión de enfermería a través del tiempo y las épocas se ha caracterizado por ser una profesión de servicio y de cuidado al paciente, por lo tanto la enfermera debe mostrar un alto grado de compromiso, lealtad, valores y humanismo durante el cuidado que brinda al paciente para lograr su plena satisfacción, sobre todo considerando que el paciente quirúrgico experimenta una serie de reacciones que le generan estrés, angustia, temor, miedo a la muerte y que alteran su bienestar biopsicosocial y espiritual. (1) El temor a la cirugía realizada, el ambiente hospitalario y la experiencia como pacientes, hace que precisen de cuidados con calidad y calidez.

La unidad de recuperación es parte del centro quirúrgico, en ella se brinda cuidados especializados al paciente sometido a cirugía en las diversas especialidades quirúrgicas, la enfermera que labora en la unidad de recuperación realiza atención especializada por tanto debe estar basada en conocimientos especializados en anestesia y recuperación, conocer e interpretar las escalas Riesgo Cardiovascular (RCV), escala del estado físico de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA), Escala visual analógica del dolor (EVA) y Test de recuperación post-anestésica (ALDRETE) que contribuirán a atención del paciente post operado como un todo no solo en su estado anestésico quirúrgico. (2) Es por ello que, para cumplir con esta delicada misión es necesario mantener una permanente actualización profesional pese a la escasa información con respecto a estudios relacionados al tema y una búsqueda constante de herramientas que permitan optimizar su labor. (3)

En la revisión de investigaciones a nivel internacional y nacional, se ha comprobado la escasez de estudios que analicen las variables de estudio en su conjunto, sin embargo, a pesar de esas limitaciones se ha encontrado algunos que responden de forma individual a dichas variables.

Entre ellas debemos citar a **Pérez I, en España (2014)**, quien en su trabajo de investigación: “Escala de valoración de Aldrete modificada vs su adaptación para pacientes obstétricas, evidenció la utilidad del instrumento, ya que aunque hubo un tiempo más largo hasta alcanzar el alta, permitió la vigilancia estrecha y documentada que llevo a la detección y manejo oportuno de complicaciones. (10), lo cual evidencia la importancia de la Escala de Aldrete, ya que también se pudo comprobar que contribuyó al cuidado del paciente postanestésico en el servicio de recuperación del Hospital Sergio E. Bernales. Con respecto al cuidado de enfermería al paciente postanestésico, en el presente estudio se mostró que éste es medio. Comparándolo con otras investigación sus resultados son similares a los obtenidos por **Campos L, en Trujillo, (2014)**, en el Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo, quien también determinó en la fase postoperatoria un nivel medio de cuidado de enfermería (70%). (13)

Adicionalmente se encontraron estudios como el de **Marroquín E, Salazar S, Jara Y, en Lima, (2014)**, quien en una muestra de 169 pacientes post operado en el Departamento de Cirugía adultos INEN mostró que existe una opinión favorable en lo que refiere a la labor asistencial.(12) y **Ramos Y, en Lima, (2016)**, analizó el nivel de satisfacción de los pacientes postoperados inmediatos sobre el cuidado de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Docente de Trujillo, encontrando que los pacientes del servicio de cirugía se sienten satisfechos con el cuidado de enfermería postoperatoria recibida.(14)

A nivel local, en el Servicio de Unidad de Recuperación Post Anestésicas del Hospital Sergio E. Bernales, se han observado manifestaciones de inconformidad entre pacientes y familiares respecto a los cuidados de enfermería, los que son descritos como poco oportunos y con escasa calidad. La experiencia profesional, los años de servicio, y el constante estrés que sucede en el servicio por la demanda de pacientes o su estado de salud en ocasiones, las escalas de medición en dicha área pueden realizarse en forma rutinaria y no con la debida y correcta elaboración en cada una de ellas.

Desde esta perspectiva, mediante la presente investigación se busca determinar la relación de la escala de medición Aldrete y el cuidado de enfermería a pacientes postanestésicos en el Hospital Sergio E. Bernales Collique – 2017.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación que existe entre la escala de medición Aldrete y el cuidado de enfermería a pacientes postanestésicos en el Hospital Sergio E. Bernales Collique - 2017?

1.2.2 Problemas Específicos

¿En qué medida se utiliza la Escala de Medición ALDRETE en el Servicio de Recuperación del Hospital Sergio E. Bernales Collique - 2017?

¿Cómo son los cuidados de enfermería a pacientes postanestésicos en el Servicio de Recuperación del Hospital Sergio E. Bernales Collique - 2017?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación del uso de la escala de medición Aldrete y el cuidado de enfermería a pacientes postanestésicos en el Hospital Sergio E. Bernales Collique - 2017.

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar el uso de la escala de medición de Aldrete en el Servicio de Recuperación del Hospital Sergio E. Bernales Collique - 2017.

Identificar el cuidado de enfermería a pacientes postanestésicos en el Servicio de Recuperación del Hospital Sergio E. Bernales Collique - 2017.

1.4 Justificación

El presente estudio se justifica porque el cuidado del paciente postanestésico representa un desafío o incluso una prioridad estratégica para los profesionales de enfermería que conllevaría a mejorar los cuidados, y satisfacer así las necesidades prioritarias, básicas y generales de los pacientes. La esencia social del presente trabajo, esta cimentada en la evaluación del paciente bajo la aplicación de medición de una escala, como componente esencial en la valoración. Hoy en día, la entendemos, no sólo como una medida de garantía de calidad sino también como un resultado puntual de asistencia prestada por un profesional, y su importancia deriva en una adecuada medición de una determinada escala, que comprende por un lado el estado en la que se encuentra el paciente postanestésico y el desempeño del profesional de enfermería que ejerce en la aplicación de una escala. Los resultados del estudio, servirán de aporte para conocer y tener una visión de la calidad en los cuidados de enfermería y la aplicación de la escala de medición, lo que permitirá al

profesional de enfermería fortalecer y/o generar cambios en el cuidado que proporciona; así mismo permitirá a las autoridades competentes plantear estrategias de capacitación para el profesional de enfermería que fortalezcan el desarrollo de actividades, actitudes y comportamientos basados en conocimientos científicos, experiencia, intuición y pensamiento crítico, orientados a brindar una atención de calidad, colaborando en la recuperación del postoperatorio y así lograr un estado de bienestar en el cual pueda sentirse satisfecho del cuidado de enfermería brindado. En el Servicio de Unidad de Recuperación Post Anestésicas del Hospital Sergio E. Bernales Collique se han observado manifestaciones de inconformidad entre pacientes y familiares respecto a los cuidados de enfermería, los que son descritos como poco oportunos y con escasa calidad. La experiencia profesional, los años de servicio, y el constante estrés que sucede en el servicio por la demanda de pacientes o su estado de salud en ocasiones, las escalas de medición Aldrete en dicha área pueden realizarse en forma rutinaria y no con la debida y correcta elaboración en cada una de ellas.

No existiendo en el Hospital Sergio E. Bernales Collique un informe real y de carácter científico sobre los cuidados de enfermería, el presente estudio se justifica porque proporcionará a la Institución datos que permitirán mejorar y generar cambios en la labor profesional, comprometida en su labor como profesional actuando en forma responsable y dedicada para garantizar la plena satisfacción del paciente.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

A nivel internacional

Crespo A, Yugsi L, Ecuador (2013). Realizo la investigación titulada “Nivel de conocimientos de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma cráneo encefálico grave, en el área de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo Ecuador, Julio 2011 a Julio 2012”. Con el objetivo de capacitar a las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma cráneo encefálico grave, e implementar protocolos de atención de enfermería el método de estudio fue tipo descriptivo, analítico de corte transversal. Los instrumentos fueron la encuesta y guía de observación. Cuyos resultados muestran que el 100 % de las enfermeras/os no están capacitadas para el manejo de este tipo de pacientes, en especial en lo que se refiere al manejo y orden de prioridad de la vía aérea del paciente. conclusiones la atención del manejo inicial del paciente con T.C.E grave requiere de conocimientos por parte de las enfermeras/os, el 100% de las enfermeras/os que laboran en el área de shock trauma del servicio de emergencia no conocen el orden de prioridad de las medidas para el manejo de la vía aérea, el 37% no conocen la importancia de la oxigenoterapia, el 87% no saben la clasificación de la escala de coma de Glasgow, el 39% no conocen la importancia de la valoración pupilar, el 39% no saben diferenciar cuales son los signos clínicos de aumento de la presión intracraneal, el 63% no conoce importancia de la posición de la cabecera, por tanto se concluye que la enfermera no tiene conocimientos sobre el manejo inicial del paciente con T.C.E. grave. (4)

Barzola G, en Ecuador (2013). En su estudio sobre “Cuidados de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, de abril a junio del 2013”. Con el objetivo de determinar los cuidados de enfermería proporcionados a los pacientes con traumatismo craneoencefálico en la unidad de cuidados intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de la ciudad de Guayaquil, de abril a junio del 2013. El estudio es de tipo descriptivo, cuantitativo de corte transversal. Las técnicas utilizadas fueron la encuesta y la observación. Cuyos resultados muestran que, referente al cuidado de enfermería se determinó que es limitado ya que existen actividades que en su mayoría no son realizadas, en cuanto a verificar la permeabilidad de las vías respiratorias, el 30% lo realiza y el 70% no lo hace; llevar registros estadísticos de la frecuencia respiratoria y verificación de gases arteriales, el 59% siempre lo hace y 41% a veces lo realiza; en cuanto a las necesidades circulatorias, se constató que el profesional de enfermería pocas veces cuantifica y registra la frecuencia cardíaca, lo que evidencia el déficit de la calidad de atención de las licenciadas en estos usuarios, porque sólo el 59% asume la responsabilidad de cuantificación y registro de frecuencia cardíaca, observándose que existe un 29% que a veces realiza esta actividad, y el 18% nunca lo realiza. (5)

Saca N, SichiQui O, Quito S, Ecuador (2013). En su estudio de investigación: “Cuidado de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico del área de cirugía del Hospital Vicente Corral Moscoso - Cuenca, 2013”. Con el objetivo de determinar el cuidado de enfermería que se brinda a los pacientes que presentan “traumatismo craneoencefálico” en el área de cirugía del Hospital Vicente Corral Moscoso. El estudio fue de tipo descriptivo de método transversal. El instrumento fue la entrevista con un formulario de preguntas abiertas. Los resultados de acuerdo al grado de eficacia y eficiencia muestran que, el cuidado de

enfermería se encuentra en un nivel medio 16 puesto que un grupo considerable de profesionales de enfermería realiza los cuidados de forma incorrecta y sin fundamento científico y que solo el 62.7 % de los profesionales cumplen con la valoración de enfermería mientras que un 37.3 % no lo realiza. (6)

Lenis C, en Colombia (2013) en su estudio de investigación “Calidad del Cuidado de Enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una Institución de III nivel de Barranquilla.” El objetivo fue determinar la calidad del cuidado de enfermería percibida por los pacientes hospitalizados en una institución de III nivel de Barranquilla, Colombia; con una muestra de 147 pacientes; el estudio fue cuantitativo, descriptivo y transversal. El cuestionario utilizado fue el CUCASE; se observó que la satisfacción de las experiencias de los cuidados recibidos 17 del personal de enfermería el 15% le dio un sentido positivo y en un 11% fue negativo. La satisfacción en cuidados de enfermería percibidos recibió una percepción positiva en un 91.9%. (7)

Ramírez C, Perdomo A, Galán E, en Colombia (2013) en su estudio “Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos - Brasil”. El objetivo fue describir y correlacionar la calidad del cuidado de enfermería percibidas por los pacientes en la UCI en una institución de IV nivel del municipio de Neiva (Brasil). La muestra fue de 119 usuarios hospitalizados, el estudio fue descriptivo, cuantitativo, correlacionar y transversal. El instrumento fue el EVACALEN siendo los resultados: en el 17% la categoría estructura logró una calificación mala, la categoría procesos adquirió una calificación de mala en el 5% y la categoría resultados registró una calificación de mala en el 17.6%. (8)

Currell R, Urquhart C, en España (2014). Realizó la investigación estudio con el objetivo de evaluar los efectos de los sistemas de Registro de Enfermería sobre la práctica de la Enfermería. Se realizó ensayos

aleatorios, estudios controlados diseños cuasi experimentales. Los resultados fueron: No se encontró ninguna evidencia de efectos sobre la práctica atribuible a cambios en los sistemas de registro, existiendo escasez de estudios con rigor metodológico suficiente para producir los resultados confiables en esta área. Un estudio computarizado de planificación de atención de Enfermería mostró un efecto negativo sobre de planificación de la atención de Enfermería documentada. (9)

Pérez I, en España (2014). En su trabajo de investigación: “Escala de valoración de Aldrete modificada vs su adaptación para pacientes obstétricas. Estudio comparativo”. Se presenta el esquema modificado para la paciente obstétrica el cual promete evaluar, con mayor detalle la condición clínica de las pacientes al final de la anestesia, seguir su recuperación gradual y la detección temprana de complicaciones. Se realizó un análisis comparativo que incluyeron 96 pacientes obstétricas sometidas a cesárea Kerr bajo procedimiento anestésico (regional o general), con clasificación ASA II y III a las que se aplicó la escala de valoración de Aldrete modificada y valoración de Aldrete modificada para la paciente obstétrica de forma comparativa para la detección temprana de complicaciones como hemorragia post parto, náusea y vómito post operatorio. En comparación con los criterios modificados de Aldrete, el uso de los criterios modificados para la paciente obstétrica precisó un tiempo más largo hasta alcanzar el alta, sin embargo, permitió la vigilancia estrecha y documentada que llevo a la detección y manejo oportuno de complicaciones. (10)

Moreno M, en México (2013). En su trabajo de investigación: “Butilhioscina, metamizol y nalbufina vs butilhioscina y metamizol para el control del dolor postoperatorio en pacientes posthisterectomizadas” , se incluyeron 120 pacientes y se compararon 2 grupos: grupo “A” Butilhioscina 10 mg., metamizol 2 g. y nalbufina 10 mg. y grupo “B” Butilhioscina 10 mg. y metamizol 2 g., en 60 pacientes cada grupo; se

analizó riesgo anestésico (ASA), escala visual análoga (EVA) y tensión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno basal, a los 45 y 60 minutos. La media de edad en años en el grupo "A" fue de 46 y en el "B" de 49. ASA, en el grupo "A" fue de 33 pacientes (55 %) y en el grupo "B" fue de 42 pacientes (70%). EVA tanto basal, 45 y 60 minutos no existe diferencia estadística entre ambos grupos. Tensión sistólica fue significativa a los 45 minutos y tensión diastólica basal fue significativa. Resto de variables sin diferencia estadística. En conclusión, La media de edad en el grupo "A" y "B" fue de 46 y 49 años respectivamente, el peso de 70 kg y grupo predominante ASA I de paciente saludable sometido a cirugía en ambos grupos. Sin diferencia de EVA. La Tensión diastólica a los 45 minutos y sistólica basal fue significativa en ambos grupos. (11)

A nivel nacional

Marroquín E, Salazar S, Jara Y, en Lima, (2014), realizaron un estudio: "Opinión que tienen los Pacientes hospitalizados sobre la atención de enfermería que reciben durante el periodo post operatorio mediato en el Departamento de Cirugía adultos INEN". La población estuvo conformada de 168.66 pacientes como promedio mensual. La muestra fue de 85 pacientes. La técnica fue la entrevista y el instrumento fue el formulario tipo cuestionario. Las conclusiones fueron entre otras: "Existe un preocupante 35.29% de pacientes que no pueden identificar a la enfermera por el escaso acercamiento que se da durante su trabajo. Si un 55.29% opina favorablemente sobre la orientación que recibe de la enfermera, un 44.70% opina desfavorablemente nos lleva a reflexionar y poner énfasis en la orientación. El 31,76% de los pacientes encuestados reciben un trato cortés y respetuoso y el 72.94% no recibe orientación sobre el cuidado en el hogar. En cuanto al apoyo psicológico que se brinda a los pacientes en el INEN, el porcentaje que marca es medianamente favorable por lo que es recomendable que la enfermera ponga más interés en la parte psicológica, esencial para el paciente

oncológico. Es preocupante que la enfermera no considere la orientación al paciente y familia, como parte de su función asistencial, por lo que el paciente tiene una opinión desfavorable de ello. Por lo anteriormente expuesto podemos concluir que existe una opinión favorable en lo que refiere a la labor asistencial más no así con respecto al apoyo psicológico y personal social. El área crítica que se aprecia por tanto es la de personal y psicológica”. (12)

Campos L, en Trujillo, (2014). En su tesis titulada: “Calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico del Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo – 2014”, tuvo como objetivo general determinar el nivel de la calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico durante el periodo perioperatorio en el Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo. Se seleccionó como población a 30 enfermeras especialistas del centro quirúrgico y de la unidad de recuperación postanestesia del Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo. La experiencia tuvo un enfoque cuantitativo, no experimental con diseño descriptivo empleando la técnica de observación directa; como instrumento se usó la ficha de observación, con los datos obtenidos se aplicó la estadística descriptiva. Los resultados fueron los siguientes: En la fase preoperatoria el nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente es solo 37%, en la fase transoperatoria que el nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente es solo 63%, en la fase postoperatoria el nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente es solo 70%. Se concluye que el promedio de la fase Perioperatoria es 57% de nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico.(13)

Ramos Y, en Lima, (2016). En su trabajo de investigación: “Nivel de satisfacción de los pacientes postoperados inmediatos sobre el cuidado

de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Docente de Trujillo 2016. La muestra estuvo constituida por un total de 200 pacientes postoperados inmediatos utilizando un cuestionario tipo escala Likert CARE-Q dividido en cinco dimensiones. Obteniendo los siguientes resultados que el 67.5% se encontró satisfecho con el cuidado recibido, mientras que el 32.5% restante se encuentra insatisfecho y según las diferentes características divididas en dimensiones se encontró que en la dimensión accesibilidad el 62.5% se encuentra satisfecho y el 37.5% insatisfecho; en explica y facilita el 47.5% se encuentra satisfecho y el 52.5% insatisfecho; en conforta el 37.5% se encuentra satisfecho y el 62.5% insatisfecho, en se anticipa el 37.5% se encuentra satisfecho y el 62.5% insatisfecho, en mantiene relación de confianza el 40% se encuentra satisfecho y el 60% insatisfecho y para la dimensión monitorea y hace seguimiento el 67.5% se encuentra satisfecho y el 32.5% insatisfecho. Concluimos que los pacientes del servicio de cirugía se sienten satisfechos con el cuidado de enfermería postoperatoria recibida.
(14)

2.2 Marco

2.2.1 Teórico

Teorías de enfermería

Dorothea Orem

Dorothea no tuvo un autor que influyo en su modelo, pero si se ha sentido inspirada por varios agentes relacionados con la enfermería como son: Nightingale, Peplau, Rogers y demás.

La Teoría General del Autocuidado, la cual tratar de tres sub teorías relacionadas:

La teoría del autocuidado: Como una contribución constante del individuo a sus propias existencias; “El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas sobre sí mismos, hacia los demás o hacía el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”. (15)

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo.

Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos, la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social.

Requisito del auto cuidado es de prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar efectos en dicha situación

La teoría del déficit de autocuidado:

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado pendiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

Acción de la enfermera: Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente; Comprende la incapacidad del paciente; da apoyo al paciente y le protege. Sistema de enfermería parcialmente compensadora

El personal de enfermería proporciona autocuidados.

Acción de la enfermera: Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente; compensa las limitaciones de autocuidado; ayuda al paciente.

Acción del paciente: Desempeña algunas medidas de autocuidado; regula la actividad de autocuidado; acepta el cuidado y ayuda a la enfermera. (15)

2.2.2 Conceptual

A. Cuidado de Enfermería

El cuidado está vinculado a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a una persona. Los cuidados de enfermería, abarcan diversas atenciones que un personal de enfermería debe dedicar al paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del paciente, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir al paciente, supone todas aquellas acciones y tareas que un profesional de enfermería despliega en orden a atender satisfactoriamente a un paciente que demandan de su intervención mediante un proceso de enfermería con base científica.

Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la enfermería. (16)

Cuidado de enfermería Post Anestesia

En el período postanestésico, el paciente es trasladado al Servicio de Recuperación donde es vigilado constantemente hasta su derivación a la sala de hospitalización o recibir el alta domiciliaria, dependiendo del tipo de afección y el proceso de recuperación que presenta.

Pero, aquí no basta solo el traslado al espacio destinado para su recuperación, sino la labor que desarrolla el personal de enfermería encargado de brindar los cuidados necesarios al paciente postanestésico, lo cual, a su vez, implica, entre otros, el manejo de dos factores básicos: conocimiento y actitud. Conocimiento del manejo de las herramientas y cuidados requeridos para cada paciente, así como de las escalas de medición adecuadas para ir monitoreando el proceso de recuperación del paciente y la actitud que tenga la enfermera hacia el paciente quirúrgico, demostrando el deseo y la intención verdadera de ayudar a su pronta recuperación.(17)

- ✓ Recepción e identificación del paciente, el anestesista y la enfermera de quirófano entregan información de los aspectos más importantes: estado de salud basal preoperatorio, tipo de anestesia y duración de la misma, tipo de cirugía, fármacos administrados, localización de las punciones venosas, incidentes o complicaciones intraoperatorias.
- ✓ Apertura de la historia clínica.
- ✓ Monitorización y vigilancia continua: ECG, Presión arterial, Temperatura, Diuresis, Saturación de Oxígeno, Frecuencia Respiratoria.
- ✓ Instauración del tratamiento; analgesia, sueroterapia, hemoderivados, antibioterapia
- ✓ Respiratorios: Colocar al paciente en la mejor posición posible para propiciar una adecuada función respiratoria y prevenir aspiraciones, administrar oxigenoterapia, iniciar fisioterapia respiratoria tan pronto como esté consciente.
- ✓ Heridas y sangrado: coloca y numerar sangrados, cambiar apósitos, reposición de volemia, mantener inmovilización prescrita.
- ✓ Dolor: Administración de analgesia pautada, vigilancia de signos y síntomas de dolor, si no se logra controlar con el protocolo iniciado.

- ✓ Seguridad y apoyo emocional: Colocación de barandillas, orientar al paciente una vez que recupere el estado de conciencia.

Calidad del Cuidado

El cuidado está vinculado a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a una persona. Los cuidados de enfermería, abarcan diversas atenciones que un personal de enfermería debe dedicar al paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del paciente, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir al paciente, supone todas aquellas acciones y tareas que un profesional de enfermería despliega en orden a atender satisfactoriamente a un paciente que demandan de su intervención mediante un proceso de enfermería con base científica.

Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la enfermería.

B. Escalas de Medición

Diversas son las escalas de medición que se suelen utilizar para valorar parámetros clínicos durante el período postoperatorio de pacientes quirúrgicos.

Sin embargo, creemos oportuno mencionar brevemente la clasificación de estas escalas. En primer lugar, aquellas utilizadas para evaluar la intensidad del dolor y seguidamente las escalas utilizadas para la evaluación post anestésica. (18)

Escalas para evaluar el dolor

- a) Escalas Subjetivas:** Son aquellas donde el paciente es el que da información acerca del dolor que siente. Tenemos aquí dos tipos:

Escalas Unidimensionales

- ✓ Escala verbal simple
- ✓ Escala numérica: que puede ser escala numérica verbal y escala de graduación numérica.
- ✓ Escala analógica visual (EVA)
- ✓ Escala de expresión facial.

Escalas Multidimensionales: son métodos desarrollados para medir distintos componentes del dolor y son especialmente valiosas para situaciones de cronicidad en determinadas afecciones o cuando se requiere mayor precisión que las brindadas por las escalas unidimensionales. Algunas de las escalas multidimensionales más resaltantes son:

- ✓ McGill Pain.Questionnaire (MPQ)
- ✓ Test de Latineen
- ✓ Test de Nottingham

b) Escalas Objetivas

En esta forma de evaluación del dolor es el propio observador quien va a inferir un valor a la intensidad de dolor que sufre el paciente. Se basa fundamentalmente en la observación del comportamiento o actitudes que adopta éste, como puede ser la expresión facial, el grado de movilidad, tensión muscular, postura corporal, tensión arterial, frecuencia cardiaca.

No es una escala muy fiable ya que, como se ha comentado, el dolor es subjetivo y no hay signos específicos que nos marquen la intensidad de dolor. Además se pueden producir importantes sesgos si el observador carece de experiencia en la valoración del dolor, pudiendo tener prejuicios e ideas previas sobre lo que debe doler según el caso. (19)

Escalas post anestésicas

Cabe mencionar aquí que la recuperación de la anestesia es una etapa que va desde el momento en el que se deja de utilizar la anestesia intravenosa o regional una vez culminado el acto quirúrgico. La duración de este proceso puede variar dependiendo del tipo de operación que se ha llevado a cabo, pudiendo prolongarse inclusive por varias horas.

Para poder evaluar el grado de recuperación que va teniendo el paciente después de la intervención quirúrgica, la enfermera responsable de su cuidado debe utilizar diversas herramientas para asegurarse que la recuperación sea satisfactoria.

Así, algunas de las escalas más utilizadas para poder determinar si todo está marchando adecuadamente son:

- a) Escala de Bromage para la valoración post-anestesia regional.
- b) Escala de recuperación postanestésica de Aldrete

Para efectos de esta investigación, nos centraremos en dos, la primera, denominada Escala Visual Analógica (EVA) y la segunda conocida como Escala de Aldrete.

El estudio de la aplicación de ambas escalas de medición por parte de las enfermeras del Hospital Sergio E. Bernales nos permitirá determinar si su uso está relacionado con el proceso de recuperación de los pacientes.

Escala Visual Analógica (EVA)

Según se menciona en el Manual de Procedimientos del Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz Los Ángeles del Bio Bio, la Escala Visual Analógica (EVA) "Es el instrumento de valoración del dolor más sensible y

específico en la evaluación rutinaria. Permite objetivar la intensidad del dolor y el grado de alivio experimentado. (20)

Esta escala de medición, desarrollada por Hiskisson en 1974, es una de las más conocidas y usadas que intenta convertir variables cualitativas, como la percepción del dolor por el propio paciente, en variables cuantitativas que puedan, según su gradación, darnos idea de la intensidad del dolor y, por ende, diagnosticar la analgesia adecuada para cada etapa del proceso de recuperación.

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. (21)

A ello se suma que la utilización de la Escala Visual Analógica (EVA) permite asegurar una mayor atención al paciente, pues, las enfermeras deben hacer un control periódico del estado del paciente, permitiendo que ellos sean escuchados en todo momento, lo cual redundará en su adecuado tratamiento y control. **Figura N° 1: Escala Analógica Visual (EVA)**

C. Escala de Aldrete

La recuperación de un paciente luego del acto quirúrgico requiere de una serie de cuidados especializados por parte de las enfermeras dedicadas a esta labor. Para ello, se necesita el manejo de instrumentos que permitan evaluar paso a paso la evolución que va teniendo el paciente quirúrgico.

“En 1970, un intento para medir y documentar el curso de la recuperación gradual de la anestesia, se propuso y publicó como Puntaje de Recuperación Post- anestésica (PRP) (Aldrete y Kroulik, 1970). Este intento de cuantificar de la manera más objetiva posible se diseñó como una variante del puntaje de Apgar (Apgar 1953), utilizado para evaluar los neonatos en el momento del nacimiento. (22)

Sin embargo, esta escala se fue modificando con el tiempo en virtud a diversos criterios que se requería implementar en la escala para establecer un mejor diagnóstico de recuperación de los pacientes quirúrgicos.

Desde que se introdujo en 1970, el esquema destinado a evaluar la condición física de los pacientes que se recuperan de la experiencia anestésica-quirúrgica se ha modificado para adaptarlo a cambios de monitorización importantes (saturación de oxígeno), cuando se hizo evidente que los requerimientos anestésicos y quirúrgicos diferían de una manera importante, como en la cirugía “de un día” en pacientes ambulatorios y se iba a realizar en un alto porcentaje de operaciones, y que tal grupo de enfermos requeriría cuidados especiales durante el período transoperatorio inmediato.

Gradualmente se confirmó la validez del esquema como un método de asesorar al personal anestésico, así como su eficacia para determinar el efecto de varios agentes anestésicos y de los relajantes musculares. De esta manera, la escala de Aldrete se fue complementando con criterios como: apósito, equilibrio, ingestión de líquidos, náuseas y vómitos.

A la fecha, tenemos dos esquemas de la Escala de Aldrete que son los más utilizados, el primero denominado “Escala de recuperación postanestésica de Aldrete modificada para incluir saturación de oxígeno” y el segundo titulado “Escala de recuperación postanestésica de Aldrete

modificada para pacientes de cirugía ambulatoria", cuyas tablas se incluyen en las Figuras N° 2, N° 3 y N° 4

Período postanestésico

Denominamos proceso postanestésico a aquel período posterior al acto quirúrgico en el que el paciente va recuperando gradualmente sus funciones orgánicas y reflejos vitales, los cuales quedan mermados por efectos de la anestesia.

Cabe recordar aquí que, La cirugía constituye una parte de la medicina que ha adquirido extraordinaria importancia en la curación de los enfermos.

Puede definirse entonces como una rama de la medicina, que trata las enfermedades por medio de operaciones realizadas con las manos y/o con ayuda de instrumentos.

La intervención quirúrgica es un paso del proceso total de la lucha por la recuperación o la conservación de la salud, que ofrece esperanzas a personas de todas las edades, con padecimientos que la requieren.

Dicho proceso implica una serie de implicancias físicas y emocionales, pues, cada persona presenta una problemática de salud diferente y una forma de enfrentar la situación diversa, algunos con mayor fortaleza y otros con un grado de estrés más marcado. Es por ello que la labor que realizan las enfermeras en esta etapa debe realizarse desde el inicio hasta el final del proceso con la misma dedicación y entrega, más aún en el período post anestésico, pues debe evitarse que surjan complicaciones debido a los efectos que genera en el organismo la aplicación de la anestesia sumado al estado físico y anímico del paciente.

Es por ello que todo paciente sometido a anestesia general, regional, sedación o vigilancia anestésica monitorizada, debe ser trasladado a la unidad o servicio de recuperación respectivo, a fin de recibir los cuidados postanestésicos apropiados.

En este punto, se considero necesario mencionar que, según Del Amo, F. et al. el período postoperatorio en general, refiere: “Comienza inmediatamente después de la cirugía y continúa hasta que el paciente es dado de alta del cuidado médico. Durante el postoperatorio, los cuidados de enfermería se centran en restablecer el equilibrio fisiológico del paciente, aliviar su dolor, prevenir posibles complicaciones y enseñar los cuidados personales que sean necesarios.

El postoperatorio puede dividirse en 2 fases:

Postoperatorio inmediato: Desde que el paciente sale de quirófano hasta que se estabiliza su estado y se recupera totalmente del estrés de la anestesia y la cirugía.

Postoperatorio tardío: Es la fase de resolución y curación. En esta fase se resuelven las alteraciones fisiológicas y psicológicas, y los desequilibrios asociados a la cirugía, la anestesia y la curación. (23)

D. Conocimiento

La Real Academia Española define conocimiento como acción y efecto de conocer” (RAE). Es decir, todo aquello que adquirimos cuando interactuamos con el entorno, así, entendemos el conocimiento como el resultado de la experiencia organizada y almacenada en la mente de forma única por cada persona. (24)

El conocimiento es la capacidad que tenemos todos los seres humanos de actuar, procesar e interpretar la información para generar más conocimiento o dar solución a un determinado problema.

Desde esta perspectiva, es importante resaltar que el concepto de conocimiento variará de acuerdo al campo del saber en el que se desempeña la persona, pasando de ser una mera acumulación de datos información, a un conjunto organizado de información destinado a resolver una situación o problema determinado.

Por su parte, Rossental define conocimiento como: un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y se reproduce en el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social se halla indisolublemente unido a la actividad práctica. (25)

Tipos de conocimiento

Si queremos referirnos a los tipos de conocimiento que existen, es oportuno mencionar que durante el proceso de nuestra investigación hemos encontrado diversas clasificaciones. Así, tenemos por ejemplo a Zack (26) que distingue tres tipos de conocimiento:

- a. Conocimiento declarativo: Aquel que describe algo.
- b. Conocimiento de procedimiento: se refiere a cómo ocurre algo.
- c. Conocimiento causal: por qué ocurren las cosas.

Por su parte, Nonaka et al (27) llegan a referir acerca de cuatro tipos de conocimiento:

- a. Conocimiento empírico: que se da por la experiencia cotidiana y las tradiciones colectivas.
- b. Conocimiento científico: que se da por causa, principios y leyes.

- c. Conocimiento filosófico: el que explica la realidad en su contexto más universal.

Paciente Quirúrgico

El paciente quirúrgico es aquel que, por alguna afección en su salud o preferencia personal, requiere ser sometido a cirugía, entendida esta como un acto de curación o tratamiento de un enfermo utilizando maniobras instrumentales y manuales, a través de una herida realizada ex profeso en sus tegumentos. También puede realizarse utilizando una vía natural como: boca, esófago, ano, utilizando la vía endoscópica. (28)

Clasificación puede ser en función del tipo de procedimiento quirúrgico, que se puede clasificar en:

- **Cirugías mediatas:** Aquellas que se realizan entre las 24 y 30 horas.
- **Cirugías según la urgencia:** Usualmente son aquellas que no se pueden postergar y que se realizan para salvar la vida de una persona.
- **Cirugías necesarias:** Se denominan así a aquellas que se planifican, a fin de mejorar la calidad de vida de un paciente y evitar poner en riesgo su vida.
- **Cirugías electivas:** Son aquellas que pueden realizarse o no y el no hacerlo no tiene consecuencias graves.
- **Cirugías opcionales:** Como su nombre lo indica son aquellas que el paciente elige por voluntad propia en virtud a una elección personal.

Sin embargo, la cirugía si bien es cierto es de mucha ayuda para mejorar el estado de salud de un paciente, también es verdad que es una experiencia que puede llegar a ser muy estresante pues, dependiendo de su nivel de gravedad, representa una amenaza a la integridad del organismo e inclusive, para la vida misma. De ahí la necesidad de contar

con enfermeras debidamente capacitadas y especializadas, pues, los cuidados a un paciente quirúrgico implican una gran responsabilidad.

Tengamos en cuenta que a medida que aumenta la complejidad de los servicios de diagnóstico y de sostén, también lo hacen los procedimientos quirúrgicos. Esta complejidad forma parte del procedimiento sistemático del quirófano. Todo esto, hace imprescindible que los enfermeros cuenten con amplios conocimientos y habilidades técnicas especializados; a la vez que deben desarrollar la capacidad de juicio crítico basado en teoría y habilidades intelectuales, que les permita la aplicación de un método humanista en sus responsabilidades como defensores del paciente.

Dentro de todo este panorama, existen algunos aspectos que consideramos relevantes para nuestro estudio y que están directamente relacionados con el trabajo que realiza el personal de enfermería. Estos aspectos son el manejo del estrés y del dolor, cuyas manifestaciones en casos de cirugía son continuas.

Las enfermeras desempeñan un rol muy importante, a fin de encaminar al paciente quirúrgico hacia una óptima recuperación. Al respecto, se considera relevante añadir los conceptos de dolor y estrés, así como algunos aspectos relacionados a estos factores.

E. Dolor

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, Madrid (2005) definió el dolor como "una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial". La percepción del dolor consta de un sistema neuronal sensitivo (nocioceptores) y unas vías nerviosas aferentes que responden a estímulos nociceptivos tisulares.

Existen diversos tipos de dolor que detallamos a continuación:

a. Según su duración

- **Agudo:** limitado en el tiempo, con escaso componente psicológico. (Dolor neuropático, fracturas.)
- **Crónico:** Ilimitado en su duración, se acompaña de componente psicológico. Es el dolor típico del paciente con cáncer.

b. Según su patogenia

- **Neuropático:** está producido por estímulo directo del sistema nervioso central o por lesión de vías nerviosas periféricas. Se describe como punzante, quemante, acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia.
- **Nocioceptivo:** Este tipo de dolor es el más frecuente y se divide en somático y visceral.

c. Según la localización

- **Somático:** Es un dolor localizado, punzante y que se irradia siguiendo trayectos nerviosos. El más frecuente es el dolor óseo producido por metástasis óseas.
- **Visceral:** Este dolor se localiza mal, es continuo y profundo. Asimismo puede irradiarse a zonas alejadas al lugar donde se originó. Son ejemplos de dolor visceral los dolores de tipo cólico, metástasis hepáticas y cáncer pancreático.

D. Según el curso

- **Continuo:** persistente a lo largo del día y no desaparece.
- **Irruptivo:** exacerbación transitoria del dolor en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable.

E. Según la intensidad

- **Leve:** Puede realizar actividades habituales.
- **Moderado:** Interfiere con las actividades habituales.
- **Severo:** Interfiere con el descanso.

F. Según factores pronósticos de control del dolor

- **El dolor difícil (o complejo)** es el que no responde a la estrategia analgésica habitual.

G. Según la farmacología:

- **Responde bien a los opiáceos:** dolores viscerales y somáticos.
- **Parcialmente sensible a los opiáceos:** dolor óseo y el dolor por compresión de nervios periféricos.
- **Escasamente sensible a opiáceos:** dolor por espasmo de la musculatura estriada y el dolor por infiltración-destrucción de nervios periféricos.(29)

2.3 Definición de términos básicos

- **Cuidado de enfermería**

Se centra en el cuidado de la salud y de la vida, hacia esa pretensión se encaminan los esfuerzos y trabajos que se realizan para la atención de los sujetos de cuidado; la persona, la familia y la comunidad. (30)

- **Escala de aldrete**

Se trata de una escala que consta de 5 ítems. Cada ítem responde a una escala tipo Likert de 0 a 2, con un rango total que oscila entre 0 y 10. (31)

- **Escalas de medición**

Es un patrón convencional de medición y básicamente consiste en un instrumento capaz de presentar con gran fidelidad verbal, grafica o simbólicamente el estado de una variable. (31)

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

Hipótesis general

La escala de medición utilizada en el servicio de recuperación del Hospital Sergio E. Bernales tiene relación con el cuidado que brindan las enfermeras a los pacientes postanestésicos durante al año 2017.

Hipótesis específicas

El uso de la escala de medición ALDRETE en el servicio de recuperación del Hospital Sergio E. Bernales durante el año 2017, es alto.

El cuidado que brindan las enfermeras a los pacientes post anestésicos en el Servicio de Recuperación del Hospital Sergio E. Bernales durante al año 2017, es medio.

3.1.1 Definición conceptual de variables

Identificación de variables

Las variables escogidas son:

Variable Independiente:

X: Escala de Medición

Variable Dependiente:

Y: Cuidado del paciente postanestésico

Definición Conceptual:

Escalas de medición: aquellas que se suelen utilizar para valorar parámetros clínicos durante el período postanestésico de pacientes quirúrgicos

Cuidado del paciente postanestésico: está referido a la atención que se brinda a los pacientes que han salido del procedimiento quirúrgico, el cual implica conocimiento y atención por parte de las enfermeras encargadas de su cuidado. (32)

Definición Operacional:

Escala de medición: se mide a través de la aplicación de la escala Aldrete.

Cuidado del paciente postanestésico: se mide mediante el grado de conocimiento y actitud de las enfermeras encargadas del cuidado del paciente, lo cual se logrará mediante la aplicación de los instrumentos seleccionados: cuestionario y escala de Lickert.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Tipo y diseño de investigación

La presente tesis corresponde a un estudio de tipo Descriptivo correlacional porque determina las relaciones existentes entre las variables escalas de medición y cuidados del paciente postanestésico. Asimismo, se podrá esclarecer cómo los valores de una, se modifican en función al aumento o disminución de los valores de la otra.

Investigación descriptiva

Consiste en especificar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno. Busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden o evalúan diversos aspectos, componentes o dimensiones del fenómeno a investigar.

En las investigaciones descriptivas se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga. La investigación descriptiva tiene como objeto dar un panorama lo más preciso posible del problema que se estudia.

Investigación correlacional

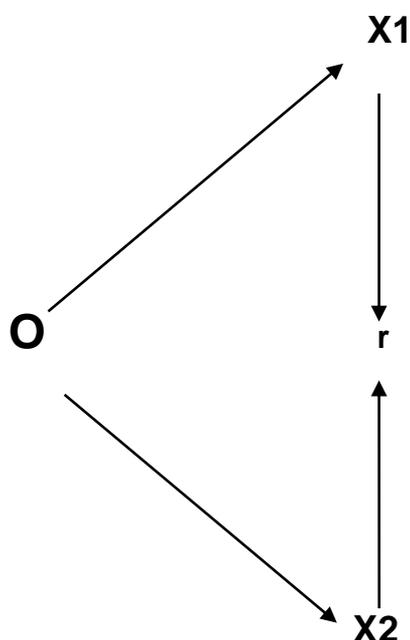
Básicamente mide dos o más variables, estableciendo su grado de correlación, pero sin pretender dar una explicación completa (de causa y efecto) al fenómeno investigado, solo investiga grados de correlación, dimensiona las variables.

Este tipo de estudios tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables (en un contexto en

particular). Los estudios correlacionales miden las dos a más variables que se pretende ver si están o no relacionadas en los mismos sujetos y después se analiza la correlación. La utilidad y el propósito principal de los estudios correlacionales son saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otra u otras variables relacionadas.

Diseño de la investigación

El presente estudio de investigación es no experimental porque la variable independiente no se manipula, de corte transversal porque analiza la relación entre las variables y estudia en un momento determinado a distintos grupos, es de enfoque cuantitativo, porque las variables se pueden medir en forma numérica en base al instrumento; método descriptivo correlacional, ya que nos permite mostrar información real y la relación entre dos variables.



Donde:

O: Representa la Muestra.

X₁: Variable 1: Aplicación de la Escala de Medición utilizada en el Servicio de Recuperación de Hospital Sergio E. Bernales.

X₂: Variable 2: calidad del cuidado que brindan las enfermeras a los pacientes postanestésicos.

r= Relación entre 2 variables

4.2 Población y muestra

Población: Estuvo constituida por 27 enfermeras de la unidad de recuperación pos anestésica del Hospital Sergio E. Bernales en el año 2017.

Muestra:

Para hallar el tamaño de muestra se utilizó el muestreo aleatorio simple

$$n = \frac{z^2 pqN}{e^2(N-1) + z^2 pq}$$

Dónde:

p: miembros del equipo quirúrgico p=0.5

q: 1 – p, q=0.5

Z: Factor de confianza (95%), Z=1.96

E: dimensión del error de estimación (5%), E =0.05

N: Población, N=27

Reemplazando:

$$\frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 27}{(0.05)^2 (27-1) + (1.96)^2 0.5 \times 0.5} = \frac{3.84 \times 6.75}{0.07 + 0.96} = \frac{25.92}{1.03}$$

$$n = 25.16 = 25$$

La muestra estará constituida por 25 enfermeras de la unidad de recuperación post anestésica del HOSPITAL SERGIO E. BERNALES.

Criterios de Inclusión:

- Todas las enfermeras de la unidad de recuperación pos anestésica del Servicio de Recuperación del Hospital Sergio E. Bernales.
- Todas las enfermeras de la unidad de recuperación post anestésica con horario rotativo del Servicio de Recuperación del Hospital Sergio E. Bernales.
- Todas las enfermeras de la unidad de recuperación post anestésica mínimo con 6 meses de antigüedad del Servicio de Recuperación del Hospital Sergio E. Bernales.

Criterios de Exclusión

- Todas las enfermeras de la unidad de recuperación post anestésica que se encuentren de vacaciones.

4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnicas de Recolección de Datos para recolectar la información se utilizará la técnica de:

- **Encuesta**

Instrumentos de Recolección de datos

Un Cuestionario dirigido a las enfermeras a fin de determinar la aplicación de las escalas de valoración pos anestésica, el cual consta de 12 preguntas. Instrumentos validados por expertos. (**Ver Anexo 1**).

Se calificará de la siguiente manera:

- Bueno: 11 puntos.
- Regular: 10 puntos.
- Malo: 9 puntos

Un cuestionario tipo Likert para valorar la calidad del cuidado de enfermería en recuperación pos anestésica, el cual consta de 12 ítems. El mismo que ya han sido validados mediante Prueba de validez y confiabilidad de los instrumentos. (Ver Anexo 2).

El instrumento fue validado mediante juicio de 5 expertos. Y la confiabilidad se realizó utilizando el Alfa de Crombach, cuyo índice fue 0,7, demostrando que el instrumento es aceptable.

4.4 Análisis y procesamiento de datos.

Para la recolección de la información se procederá a:

Solicitar el permiso correspondiente a la Dirección del Hospital Sergio E. Bernales a fin de obtener las facilidades pertinentes y el número total del personal de enfermería que labora en el Servicio de Recuperación.

El cuestionario se aplicará al inicio o al final de cada turno según las circunstancias lo permitan. La interpretación de los resultados del estudio, se realizará en base a los objetivos específicos propuestos en la investigación. Para el análisis de la información se usará estadística descriptiva, con medidas de tendencia central y dispersión. La información recolectada será procesada y simplificada en frecuencias porcentuales simples, de las cuales se procederá a elaborar cuadros y gráficos, que serán construidos en relación a los indicadores del proceso de operacionalización de las variables usando el programa Microsoft Excel. El procesamiento estadístico de la información se realizará con el paquete estadístico SPSS v 25.0 para Windows.

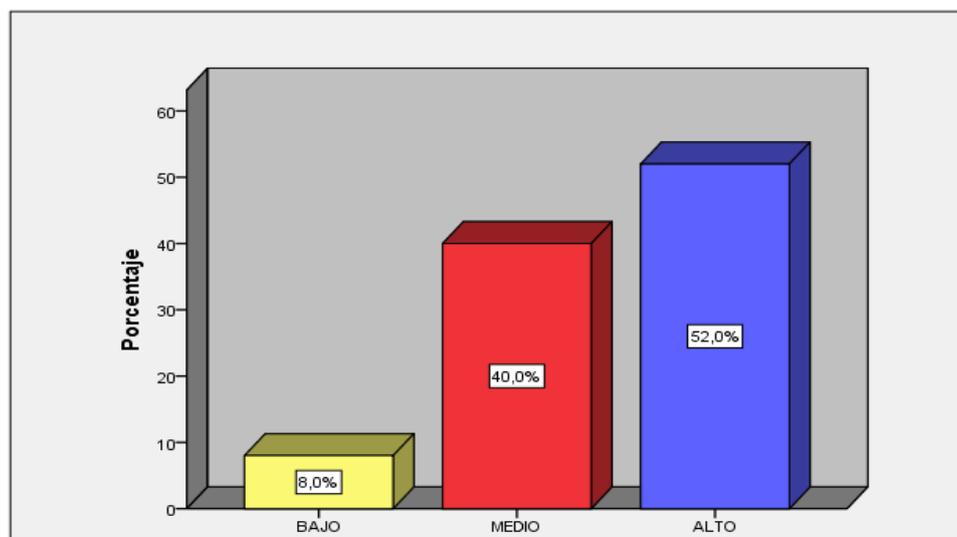
CAPÍTULO V: RESULTADOS

5.1 Resultados descriptivos

TABLA 5.1
UTILIZACION DE LA ESCALA DE MEDICIÓN ALDRETE EN
ENFERMERAS DE LA UNIDAD DE RECUPERACION DEL
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES - 2017

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido BAJO	2	8,0	8,0	8,0
MEDIO	10	40,0	40,0	48,0
ALTO	13	52,0	52,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

GRÁFICO 5.1
UTILIZACION DE LA ESCALA DE MEDICIÓN ALDRETE EN
ENFERMERAS DE LA UNIDAD DE RECUPERACION DEL
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES - 2017



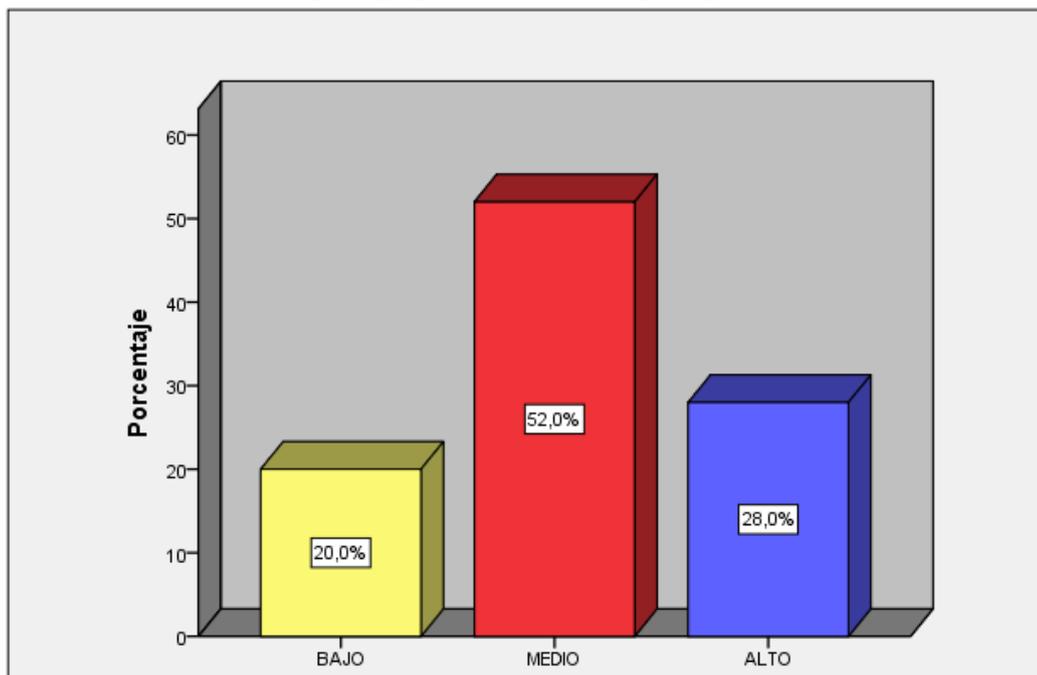
Fuente: Elaboración propia

Se observó que el 52% de enfermeras de la Unidad de Recuperación del Hospital Sergio E. Bernales, utilizó la Escala de Medición Aldrete en un nivel alto, mientras que el 40% lo hizo en un nivel medio y el 8% en un nivel bajo.

TABLA 5.2
CUIDADO DEL PACIENTE POSTANESTÉSICO EN ENFERMERAS DE
LA UNIDAD DE RECUPERACION DEL HOSPITAL
SERGIO E. BERNALES - 2017

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	BAJO	5	20,0	20,0	20,0
	MEDIO	13	52,0	52,0	72,0
	ALTO	7	28,0	28,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

GRÁFICO 5.2
CUIDADO DEL PACIENTE POSTANESTÉSICO EN ENFERMERAS DE
LA UNIDAD DE RECUPERACION DEL HOSPITAL
SERGIO E. BERNALES - 2017



Fuente: Elaboracion propia

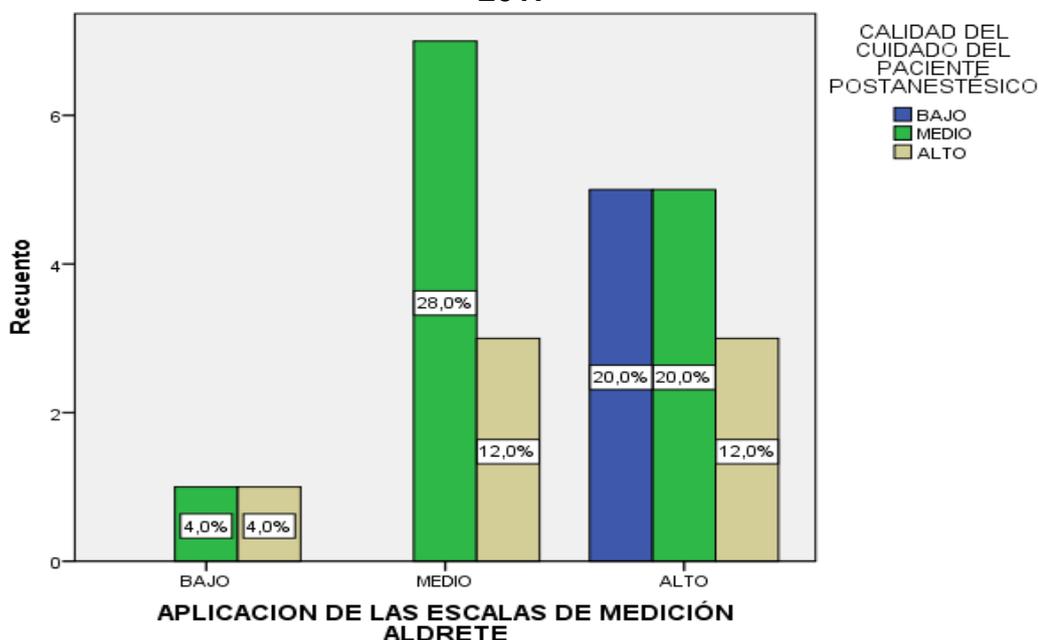
Se observó que el 52% de enfermeros de la Unidad de Recuperación del Hospital Sergio E. Bernales presentan un nivel medio en el cuidado a los pacientes post anestésicos, mientras que el 28% un nivel alto y el 20% un nivel bajo.

5.2 Resultados inferenciales

TABLA 5.3
ESCALA DE MEDICIÓN ALDRETE Y CUIDADO DEL PACIENTE
POSTANESTÉSICO EN ENFERMERAS DE LA UNIDAD DE
RECUPERACION DEL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES - 2017

			CUIDADO DEL PACIENTE POSTANESTÉSICO			Total
			BAJO	MEDIO	ALTO	
ESCALAS DE MEDICIÓN ALDRETE	BAJO	N	0	1	1	2
		% del total	0,0%	4,0%	4,0%	8,0%
	MEDIO	N	0	7	3	10
		% del total	0,0%	28,0%	12,0%	40,0%
	ALTO	N	5	5	3	13
		% del total	20,0%	20,0%	12,0%	52,0%
Total		N	5	13	7	25
		% del total	20,0%	52,0%	28,0%	100,0%

GRÁFICO 5.3
ESCALA DE MEDICIÓN ALDRETE Y CUIDADO DEL PACIENTE
POSTANESTÉSICO EN ENFERMERAS DE LA UNIDAD DE
RECUPERACION DEL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES
2017



Se observó que a un nivel medio de utilización de la Escala de Medición Aldrete, predomina un cuidado medio de cuidado del paciente postanestésico en el servicio de recuperación del Hospital Sergio E. Bernales.

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de la hipótesis

Prueba de hipótesis general:

Para la comprobación de la hipótesis general se realizó los siguientes pasos:

Paso 1 Prueba de hipótesis

Hipótesis general:

Planteo de hipótesis

H_0 : No existe relación significativa entre la escala de medición utilizada en el servicio de recuperación y el cuidado que brindan las enfermeras a los pacientes postanestésicos del hospital Sergio E. Bernales durante el año 2017.

H_1 : Existe relación significativa entre la escala de medición utilizada en el servicio de recuperación y el cuidado que brindan las enfermeras a los pacientes postanestésicos del hospital Sergio E. Bernales durante el año 2017.

Paso 2

Nivel de significancia: $\alpha=5\%$

Paso 3: Selección de la prueba estadística

En la contrastación de la hipótesis usamos el método estadístico inferencial no paramétrico Chi cuadrado, correspondiente a los análisis de tabla de contingencias para dos variables. Mediante esta prueba estadística logramos analizar las hipótesis específicas, que permitió

arribar a conclusiones de limitación entre las variables e indicadores de la investigación.

La utilización del estadístico inferencial no paramétrico chi cuadrado se justifica debido a que se realizó cruces de variables categóricas con el fin de detectar si existe o no asociación y/o influencia entre dos variables.

Paso 4: Regla de decisión

Si el valor de probabilidad asociado al chi Cuadrado (p) es menor o igual que 0.05 ($p < 0.05$), entonces se afirmó que la asociación entre las dos variables es significativa. Si el valor de p mayor que 0.05 ($p > 0.05$), entonces se afirmó que la asociación entre las dos variables no es significativa.

- Si el p -valor $< \alpha$, entonces se rechaza H_0
- Si el p -valor $> \alpha$, entonces no se rechaza H_0

Paso 5: Cálculo de la prueba

**TABLA 6.1
PRUEBA CHI CUADRADO**

Test	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,799	4	0.044
Razón de verosimilitud	11.00	4	0.027
Asociación lineal por lineal	8.31	1	0.004
N de casos válidos	25		

Paso 6: Toma de decisión y conclusiones

Como $p\text{-valor} = 0.044 < \alpha = 0,05$, entonces se rechaza H_0 . Por lo que se concluye que la escala de medición utilizada en el servicio de recuperación influye en el cuidado que brindan las enfermeras a los pacientes postanestésicos del hospital Sergio E. Bernales durante el año 2017 a un nivel de significancia del 5%.

6.2 Contrastación de resultados con otros estudios similares.

En la revisión de investigaciones a nivel internacional y nacional, se ha comprobado la escasez de estudios que analicen las variables de estudio en su conjunto, sin embargo, a pesar de esas limitaciones se ha encontrado algunos que responden de forma individual a dichas variables.

Entre ellas debemos citar a **Pérez I, en España (2014)**, quien en su trabajo de investigación: “Escala de valoración de Aldrete modificada vs su adaptación para pacientes obstétricas, evidenció la utilidad del instrumento, ya que aunque hubo un tiempo más largo hasta alcanzar el alta, permitió la vigilancia estrecha y documentada que llevo a la detección y manejo oportuno de complicaciones. (10), lo cual evidencia la importancia de la Escala de Aldrete, ya que también se pudo comprobar que contribuyó al cuidado del paciente postanestésico en el servicio de recuperación del Hospital Sergio E. Bernales.

Con respecto al cuidado de enfermería al paciente postanestésico, en el presente estudio se mostró que éste es medio. Comparándolo con otras investigación sus resultados son similares a los obtenidos por **Campos L, en Trujillo, (2014)**, en el Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo, quien también determinó en la fase postoperatoria un nivel medio de cuidado de enfermería (70%). (13)

Adicionalmente se encontraron estudios como el de **Marroquín E, Salazar S, Jara Y, en Lima, (2014)**, quien en una muestra de 169 pacientes post operado en el Departamento de Cirugía adultos INEN mostró que existe una opinión favorable en lo que refiere a la labor asistencial.(12) y **Ramos Y, en Lima, (2016)**, analizó el nivel de satisfacción de los pacientes postoperados inmediatos sobre el cuidado de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Regional Docente de Trujillo, encontrando que los pacientes del servicio de cirugía se sienten satisfechos con el cuidado de enfermería postoperatoria recibida.(14)

6.3 Responsabilidad ética

El presente estudio no realizó ninguna intervención de compromiso a la integridad física y/o psicológica de los individuos participantes del estudio.

Autonomía: El respeto a la autonomía implica el derecho del individuo en aceptar o rechazar ser parte de esta investigación, en cualquier etapa del estudio. La aplicación de este principio se realizó mediante la firma del consentimiento informado de cada una de las participantes; se mantuvo la confidencialidad de la información, pues los instrumentos aplicados fueron anónimos y no empleo nombre o algún dato.

Beneficencia: Al terminó del estudio, la información obtenida será de beneficio para este grupo ocupacional como para otros similares, a fin de tomar medidas relacionadas a promover mejor calidad de cuidados de enfermería al paciente postoperado.

Justicia: Las participantes del estudio tuvieron un trato justo, la reserva de su identidad y la utilización de la información brindada fueron para fines exclusivos de carácter científico.

CONCLUSIONES

- a) La escala de medición utilizada en el servicio de recuperación del Hospital Sergio E. Bernales tienen relación significativa con el cuidado que brindan las enfermeras a los pacientes postanestésicos durante el año 2017 (0.044), pues, del adecuado uso de dichas escalas se ha podido evidenciar que las enfermeras han tenido mejores herramientas para brindar los cuidados necesarios y dar el soporte tanto médico y físico como emocional, aspecto que contribuye directamente en la recuperación efectiva del paciente postanestésico. Más aún, debemos mencionar que el uso de la escala ha contribuido a ampliar su conocimiento, lo cual les da mayor seguridad y favorece la demostración de una actitud mucho más positiva al momento de asumir el cuidado de los pacientes.

- b) En su mayoría las enfermeras de la Unidad de Recuperación del Hospital Sergio E. Bernales, utilizó la Escala de Medición Aldrete en un nivel alto. El uso de la Escala de Medición ALDRETE permite evaluar el nivel de recuperación de los pacientes postanestésicos del Hospital Sergio E. Bernales.

- c) En su mayoría las enfermeras del servicio de Recuperación del Hospital Sergio E. Bernales presentan un nivel medio en el cuidado a los pacientes post anestésicos, pues la aplicación de dicha Escala permite llevar un detallado registro y observar la evolución gradual del paciente y tomar las medidas necesarias para su óptima recuperación

RECOMENDACIONES

- a) Se sugiere al departamento de enfermería hospital Sergio E. Bernales la coordinación con el la jefa de enfermería del centro quirúrgico, la implementación y ejecución de capacitación para unificar criterios, pues, si bien es cierto el mayor porcentaje de enfermeras tiene los conocimientos necesarios para el uso y aplicación de la escala de medición aplicadas al pacientes postanestésicos del hospital Sergio E. Bernales ya que existe aún un mínimo grupo que requiere reforzar los conceptos y criterios relacionados con este tópico.

- b) Incrementar el número de enfermeras en el Servicio de Recuperación, a fin de poder brindar una atención más personalizada a los pacientes postanestésicos, ya que debido a la gran demanda de pacientes, no se puede dar un cuidado más pormenorizado a cada uno.

- c) Realizar posteriores investigaciones, a fin de determinar los factores que podrían estar incidiendo en los cuidados de enfermería en el servicio de Recuperación del Hospital Sergio E. Bernales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández, I. Cuidado espiritual y nivel de ansiedad situacional en pacientes quirúrgicos del Hospital Regional de Ayacucho. (Tesis doctoral). Arequipa: Universidad Nacional San Agustín. Pág. 14. 2014
2. Borré, Y. 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. Pág. 14. 2013.
3. Minchón, A. Análisis de satisfacción del paciente quirúrgico en oftalmología. España. Enferm. glob. vol.10 no.23 Murcia. Pág. 15. 2011
4. Crespo A. y Yugsi L. Nivel de conocimientos de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma cráneo encefálico grave, en el área de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el servicio de emergencia del hospital de especialidades Eugenio Espejo. [Tesis de grado] Quito. Ecuador. 2013.
5. Barzola G. Cuidados de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde – Ecuador; 2013.
6. Saca N, SichiQUI O, Quito S. Cuidado de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico del área de cirugía del Hospital Vicente Corral Moscoso - Cuenca Ecuador; 2013.
7. Lenis, C. A. Calidad del Cuidado de Enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una Institución de III nivel de Barranquilla [tesis para optar el título de magister en enfermería con énfasis en Gerencia en salud y enfermería, Universidad Nacional de Colombia]; 2013 Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/43046/1/22565208.2013.pdf>

8. Ramírez C. A., Perdomo A, Galán E. F. Evaluar la calidad del cuidado de enfermería en la unidad de Cuidados Intensivos. *Revistas Universidad Nacional de Colombia*, 31(1), 42-52. 2013. Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/art>.
9. Currell R, Urquhart C. *Sistemas de registro de enfermería: Efectos sobre la práctica de la Biblioteca Cochrane Plus*; 2014. Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, España; 2008 Issue 3. Chichester, U K: John Wiley & Sons, Ltd.).
10. Pérez I. Escala de valoración de Aldrete modificada vs su adaptación para pacientes obstétricas. Estudio comparativo. *Revista Cubana de Cirugía*. 2014; 46(1): 58-62, Veracruz, México. Disponible en: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/TESIS-UV-.pdf>
11. Moreno M. Butilhioscina, metamizol y nalbufina vs butilhioscina y metamizol para el control del dolor postoperatorio en pacientes posthisterectomizadas. *Revista Cubana de Cirugía*. 2013; 55(2): 36-46, México. Disponible en <https://www.uv.mx/blogs/favem/files/2013/02/tesis-pdf.pdf>
12. Marroquín E, Salazar S, Jara Y. Opinión que tienen los Pacientes hospitalizados sobre la atención de enfermería que reciben durante el periodo post operatorio mediato en el Departamento de Cirugía adultos INEN; Lima; En Tesis; UNMSM; 2014.
13. Campos L. Calidad del Cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico del Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray. Edición de ESSALUD. [Tesis de grado] Trujillo, Perú; 2014.
14. Ramos Y. Satisfacción del paciente postoperado inmediato sobre el cuidado de enfermería del Servicio de Cirugía del Hospital Regional docente de Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Ciencias de la Salud, 46-47. Lima, Perú; 2016.

15. El modelo de Dorotea Orem. [Internet]. [citado 7 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://enferpedia2tria.blogspot.pe/>
16. Teniente CS. Neurocirugía. Cirugía. Conocimientos que tienen las enfermeras sobre el cuidado de pacientes con sedo analgesia en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Pablo. 2014; 70(9): 463 - 753.
17. Amado, Z. Atención de enfermería en los centros quirúrgicos. Tucumán. 2015.
18. Aznar, O. Evaluación de la eficacia analgésica de protocolos de dolor agudo postoperatorio. España: Universitat Autònoma de Barcelona. 2013.
19. Ana G. American Nurses Association. Georgia, Estados Unidos. 2014.
20. Aldrete, A. Criterios para dar de alta. El puntaje de recuperación post anestésica. Revista Colombiana Anestesiología. 2015.
21. Aldrete, A. Modificaciones y adaptaciones al esquema de recuperación de Aldrete en cirugía *ambulatoria, obstétrica, pediátrica y oncológica*. 2014. Disponible en: http://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/1121/c.pdf
22. Duque S. Dimensión del cuidado de enfermería. Revista de Universidad de Antioquia. Antioquía. Colombia. 2015
23. Juárez, P.; García, M. La importancia del cuidado de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc; 17 (2): 109-111. p. 27.2013
24. RAE. Conocimiento. [consultado 14 diciembre 2018] Disponible en <https://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=conocimiento>
25. Rosenthal M. Y P. Iudin. Diccionario Filosófico. La Habana, Editora Política, 1981. 293p
26. ZACK, M. Developing a Knowledge Strategy, California Management Review, Vol. 41, pp. 125-145; 1999.

27. NONAKA, I. y TEECE, D.J. (2001): "Research Directions for Knowledge Management", en NONAKA, I. y TEECE, D.J. (Eds.): *Managing Industrial Knowledge: Creation, Transfer and Utilization*, Sage, Londres, pp. 330-335.
28. Bellido, J. e. Planificación de cuidados en el paciente quirúrgico. *Inquietudes* , p. 13. 2015.
29. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncología (Barc.)* [Internet]. 2005 Mar [citado 2018 Dic 14]; 28(3): 33-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es.
30. Revista de Actualizaciones de Enfermería: Cuidado. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-142/lanuevatendenciacuidadosalud1/>
31. Aldrete JA. The post-anesthesia recovery score revisited. *J Clin Anesth.* 1995;7:89-91. [Internet].
32. Mikel Batllori y Miguel Castañeda, *Anestesia y Reanimación*, 2011 [Internet]. [citado 2011 Julio - Agosto 30]; Disponible en : <https://www.zonahospitalaria.com/cuidados-postanestesis/>

ANEXOS

**ANEXO 1
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

“ESCALA DE MEDICIÓN ALDRETE Y LA RELACIÓN CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTES POSTANÉSTESICOS EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES COLLIQUE - 2017”

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA	POBLACION Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la escala de medición Aldrete y el cuidado de enfermería a pacientes postanestésicos en el Hospital Sergio E. Bernal Collique - 2017?</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>¿En qué medida se utiliza la Escala de Medición ALDRETE en el Servicio de Recuperación del Hospital Sergio E. Bernal Collique - 2017?</p> <p>¿Cómo son los cuidados de enfermería a pacientes postanestésicos en el Servicio de Recuperación del Hospital Sergio E. Bernal Collique - 2017?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación del uso de la escala de medición Aldrete y el cuidado de enfermería a pacientes postanestésicos en el Hospital Sergio E. Bernal Collique - 2017.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar el uso de la escala de medición de Aldrete en el Servicio de Recuperación del Hospital Sergio E. Bernal Collique - 2017.</p> <p>Identificar el cuidado de enfermería a pacientes postanestésicos en el Servicio de Recuperación del Hospital Sergio E. Bernal Collique - 2017.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>La escala de medición utilizada en el servicio de recuperación del Hospital Sergio E. Bernal tiene relación con el cuidado que brindan las enfermeras a los pacientes postanestésicos durante al año 2017.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>El uso de la escala de medición ALDRETE en el servicio de recuperación del Hospital Sergio E. Bernal durante el año 2017, es alto.</p> <p>El cuidado que brindan las enfermeras a los pacientes post anestésicos en el Servicio de Recuperación del Hospital Sergio E. Bernal durante al año 2017, es medio.</p>	<p>VARIABLE DEPENDIENTE: CUIDADO DEL PACIENTE POST ANESTÉSICO</p> <p>Dimensión: Conocimiento Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Evaluación de estado de conciencia -Evaluación del patrón Respiratorio. -Valoración de las características de la respiración. -Fisioterapia respiratoria -Administración de analgésicos prescritos. <p>Dimensión: Actitud Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Apoyo Emocional - Seguridad en la ejecución de procedimientos - Comunicación con los familiares. -Comunicación con el paciente. -Calidad de atención al paciente. <p>VARIABLE INDEPENDIENTE: ESCALA DE MEDICION ALDRETE</p> <p>Dimensión: Test de Recuperación Post anestésica Aldrete. Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Valoración de la Respiración -Valoración de la Circulación. -Valoración de la Conciencia. - Valoración de la SO2. - Valoración de la Actividad Muscular. 	<p>Tipo:</p> <p>Investigación Cuantitativa</p> <p>Nivel:</p> <p>Descriptiva correlacional</p> <p>Diseño:</p> <p>No experimental de carácter Transversal</p> <p>Método</p> <p>Inductivo</p>	<p>Población:</p> <p>27 miembros del equipo de enfermería del servicio de recuperación del Hospital Sergio E. Bernal Collique -2017</p> <p>Muestra:</p> <p>Confirmada por 25, según el muestreo aleatorio simple.</p> <p>Unidad de Análisis:</p> <p>- Personal de enfermería del área de Recuperación.</p>	<p>Técnicas:</p> <p>- Encuesta</p> <p>Instrumentos:</p> <p>- Cuestionario de conocimientos del cuidado de enfermería a pacientes postanestésicos.</p>

INSTRUMENTO N° 1
ESCALAS DE MEDICIÓN ALDRETE UNIDAD DE RECUPERACION DEL HOSPITAL
SERGIO E. BERNALES COLLIQUE

El presente cuestionario ha sido elaborado con la finalidad de conocer si la Escala de Medición Aldrete tiene relación con el cuidado de enfermería en pacientes postanestésicos en el hospital Sergio E. Bernales Collique - 2017.

INSTRUCCIONES

- Se solicita contestar lo más sinceramente posible las preguntas planteadas en el presente cuestionario con la finalidad de emitir resultados fidedignos al final de la investigación. De los supuestos que se presentan en el siguiente cuestionario MARQUE CON UN ASPA la alternativa que, según su opinión, describa la respuesta correcta

1.	En la Escala de Aldrete utilizada en el servicio de recuperación del Hospital Sergio E. Bernales se consideran	
a)	5 ítem	
b)	2 ítem	
c)	8 ítem	
d)	4 ítem	
e)	10 ítem	
2.	Con la Escala de Aldrete se puede evaluar:	
a)	La recuperación postanestésica del paciente.	
b)	El dolor que presenta el paciente	
c)	Implicancias físicas y emocionales	
d)	El grado de estrés	
3.	Dentro de los ítem que se consideran en la Escala de Aldrete del Servicio de Recuperación del Hospital Sergio E. Bernales, están los siguientes:	
a)	Respiración, circulación, conciencia, SAT 02, Actividad Muscular	
b)	Dolor, circulación, conciencia, SAT 02, Actividad Muscular	
c)	Respiración, SAT 02, Actividad Muscular	
d)	Respiración, circulación, conciencia.	
e)	Respiración, dolor, conciencia, SAT 02, Actividad Muscular	
4.	En la Escala de Aldrete, en el ítem de Respiración, se considera 0 puntos cuando existe:	
a)	Disnea	

b)	Apnea	
c)	Permeabilidad	
d)	Intercambio inadecuado de oxígeno	
e)	Falta de una correcta expansión pulmonar	
f)	Disnea	
5.	En la Escala de Aldrete, en el Ítem de Circulación, la diferencia de T.A. menor o igual 20% del nivel pre sedación se le da puntaje de:	
a)	2	
b)	4	
c)	3	
d)	0	
e)	1	
6.	En la Escala de Aldrete, en el ítem de Conciencia, si el paciente responde al llamado se le da puntaje de:	
a)	2	
b)	0	
c)	1	
d)	3	
e)	4	
7.	En la Escala de Aldrete, en el ítem de saturación O2, si el paciente necesita O2 para mantener saturación mayor de 90% se le da puntaje de:	
a)	3	
b)	1	
c)	0	
d)	4	
e)	2	
8.	Se considera que el paciente está en anestesia profunda si sale con un puntaje de:	
a)	2	
b)	1	
c)	0	
d)	4	
e)	3	

9.	Según la Escala de Aldrete se considera a un paciente en recuperación inferior cuando tiene un puntaje de:	
a)	1 a 5	
b)	1 a 4	
c)	0 a 4	
d)	1 a 3	
e)	0 a 2	
10.	Según la Escala de Aldrete, se considera al paciente en recuperación superior cuando tiene un puntaje de	
a)	8 a 10	
b)	6 a 9	
c)	5 a 9	
d)	4 a 9	
e)	3 a 8	
11.	Según la Escala de Aldrete, al paciente se le puede dar salida a Unidades Hospitalarias si presenta en total un puntaje de:	
a)	3	
b)	9	
c)	10	
d)	5	
e)	7	
12.	Según la Escala de Aldrete, un paciente en Vigilia tendrá un puntaje de:	
a)	10	
b)	8	
c)	0	
d)	4	
e)	3	

ANEXO 2
INSTRUMENTO N° 2
CUIDADO DEL PACIENTE POSTANESTÉSICO.

INSTRUCCIONES

- De los supuestos que se presentan en el siguiente cuestionario MARQUE CON UN ASPA la alternativa según corresponda

N°	I. Relación al factor conocimiento	Nunca (1)	Rara vez (2)	Alguna s veces (3)	Casi siempre (4)	Siempre (5)
1	Los conocimientos acerca de la escala de medición permiten simplificar el tiempo destinado a la elaboración de registros.					
2	Los conocimientos de las escalas de medición utilizadas en el Servicio de Recuperación del Hospital Sergio E. Bernaldes permiten valorar adecuadamente la evolución de paciente postanestésico.					
3	El tiempo de atención al paciente se ha incrementado en función al uso de la escala de medición Aldrete.					
4	El uso de la Escala de Aldrete permite conocer el estado general del paciente.					
5	El uso de la Escala de Aldrete permite conocer el nivel de recuperación de conciencia del paciente.					
6	El uso de la escala de medición permite conocer las necesidades de los pacientes postanestésicos.					

N°	I. Preguntas en relación al factor actitud	Nunca (1)	Rara vez (2)	Alguna s veces (3)	Casi siempre (4)	Siempre (5)
7	El tiempo utilizado para la aplicación de la escala de medición permiten a las enfermeras brindar una mejor calidad de atención al paciente postanestésico.					
8	En base al uso de las escalas de medición existe una mayor comunicación paciente – enfermera.					
9	El uso de escalas de medición brinda mayor seguridad a las enfermeras para la atención del paciente postanestésico.					
10	El uso de las escalas de medición permite a las enfermeras entender el proceso anímico que asume el paciente luego de la operación.					
11	La atención de las enfermeras en base a las escalas de medición influye en la recuperación del paciente postanestésico.					
12	El uso de escalas de medición permite a las enfermeras establecer nexos de comunicación con los familiares de los pacientes postanestésicos.					

ANEXO 3

Tabla 6 – Puntuación de Aldrete modificada para determinar egreso de la unidad de cuidado postoperatorio

Calificación	Descripción
<i>Actividad: capaz de moverse voluntariamente o seguir órdenes</i>	
2	4 extremidades
1	2 extremidades
0	0 extremidades
<i>Respiración</i>	
2	Capaz de respirar profundamente y toser libremente
1	Disnea, respiración poco profunda o limitada
0	Apnea
<i>Circulación</i>	
2	Presión arterial \pm 20 mm del nivel prequirúrgico
1	Presión arterial \pm 20-50 mm del nivel prequirúrgico
0	Presión arterial \pm 50 mm del nivel prequirúrgico
<i>Nivel de consciencia</i>	
2	Completamente despierto
1	Alerta al llamado
0	No responde
<i>Saturación de oxígeno</i>	
2	Capaz de mantener la saturación de O ₂ > 92% al aire ambiente
1	Necesita inhalar O ₂ para mantener saturación de O ₂ > 90%
0	La saturación de O ₂ se mantiene menor a 90% a pesar de O ₂ suplementario

Fuente: autores.

Manual de práctica clínica basado en la evidencia: Controles posquirúrgicos

2014

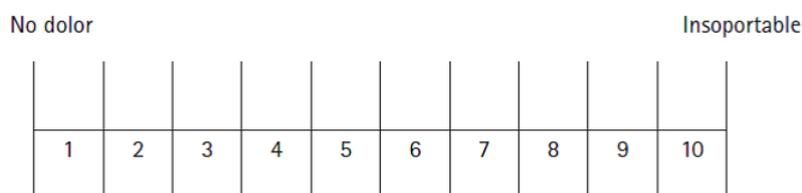
ANEXO
BASE DE DATOS

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1
6	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1
15	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1

BASE DE DATOS

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	4	3
2	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	4
3	5	5	3	5	5	4	5	5	4	5	5	3
4	5	5	3	5	5	4	5	5	4	5	5	5
5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	3	4	4
6	5	5	3	5	5	4	5	5	4	5	5	3
7	5	5	3	5	4	4	5	5	4	4	4	4
8	5	5	3	5	5	4	5	5	4	4	4	3
9	5	5	3	5	5	5	5	5	3	4	4	4
10	5	5	3	5	5	5	5	5	3	4	4	4
11	5	5	3	5	5	5	5	5	5	3	4	4
12	5	5	3	5	5	5	5	5	5	3	4	4
13	4	5	3	5	5	5	5	4	4	4	4	4
14	5	5	3	5	5	5	4	4	5	4	4	4
15	5	5	3	5	5	5	4	4	5	4	4	4
16	5	5	3	5	5	5	5	5	4	4	5	4
17	5	5	3	5	5	5	5	5	5	3	4	4
18	5	5	3	5	5	5	5	5	4	5	4	3
19	5	5	3	5	5	5	5	5	4	4	5	3
20	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	3
21	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	3
22	5	5	3	5	5	5	4	4	4	3	4	3
23	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	3
24	5	5	3	5	5	4	5	5	3	5	5	3
25	4	5	3	4	5	5	5	4	4	3	5	5

Figura N° 1: Escala Analógica Visual (EVA)



Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2006

Figura N° 2: Escala de Aldrete

Puntos	
<i>Actividad</i>	
<i>Mueve las 4 extremidades voluntariamente o ante ordenes</i>	2
<i>Mueve dos extremidades voluntariamente o ante ordenes</i>	1
<i>Incapaz de mover extremidades</i>	0
<i>Respiración</i>	
<i>Capaz de respirar profundamente y toser libremente</i>	2
<i>Disnea o limitación de la respiración</i>	1
<i>Apnea</i>	0
<i>Circulación</i>	
<i>Diferencia de TA menor o igual 20% del nivel pre sedación</i>	2
<i>Diferencia de TA 20-50% del nivel pre sedación</i>	1
<i>Diferencia de TA superior a 50% del nivel pre sedación</i>	0
<i>Conciencia</i>	
<i>Completamente despierto</i>	2
<i>Responde a la llamada</i>	1
<i>No responde</i>	0
<i>Saturación O2</i>	
<i>Superior a 92% con aire ambiente</i>	2
<i>Necesita O2 para mantener Sat > 90%</i>	1
<i>Menor de 90% con O2</i>	0

VALORES

0 = Anestesia Profunda
1 – 4 = Recuperación Inferior
5 – 9 = Recuperación Superior
10 = Vigilia

Figura N° 3: Escala de Aldrete para incluir saturación de oxígeno

ESQUEMA I									
ESCALA DE RECUPERACIÓN POSANESTÉSICA DE ALDRETE MODIFICADA PARA INCLUIR SATURACIÓN DE OXÍGENO									
Índice	Descripción	Score	Tiempo en minutos						
			0	5	10	15	30	45	60
Actividad	Mueve las cuatro extremidades	2							
	Mueve sólo dos extremidades	1							
	No mueve ninguna extremidad	0							
Respiración	Respira profundo, tose libremente	2							
	Disnea con limitación para toser	1							
	Apnea	0							
Circulación	TA < 20% del nivel preanestésico	2							
	TA de 21 a 49% del nivel preanestésico	1							
	TA > 50% del nivel preanestésico	0							
Conciencia	Completamente despierto	2							
	Responde al ser llamado	1							
	No responde	0							
Oxigenación	Mantiene > 92% SaO ₂ en aire	2							
	Necesita inhalar O ₂ para mantener SaO ₂ de 90%	1							
	SaO ₂ < 90% aun inhalando oxígeno	0							
Total:									

Adaptado de Aldrete JA: The Post-Anesthesia Recovery Score Revisited. *Journal of Clinical Anesthesia*, Letter to the Editor 7: 89-91, 1995.

Figura N° 4: Escala de Aldrete para incluir saturación de oxígeno

ESQUEMA II								
ESCALA DE RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA DE ALDRETE MODIFICADA PARA PACIENTES DE CIRUGÍA AMBULATORIA								
Índice	Descripción	Score	Tiempo en minutos					
			0	5	10	15	30	45
Actividad	Mueve las cuatro extremidades	2						
	Mueve solo dos extremidades	1						
	No mueve ninguna extremidad	0						
Respiración	Respira profundo, tose libremente	2						
	Dísnea con limitación para toser	1						
	Apnea	0						
Circulación	TA < 20% del nivel preanestésico	2						
	TA de 21 a 49% del nivel preanestésico	1						
	TA > 50% del nivel preanestésico	0						
Conciencia	Completamente despierto	2						
	Responde al ser llamado	1						
	No responde	0						
Saturación	Mantiene >92% SaO ₂ en aire	2						
	Necesita inhalar O ₂ para mantener SaO ₂ de 90%	1						
	SaO ₂ <90% aun inhalando oxígeno	0						
Apósito	Seco y limpio	2						
	Dolor moderado, analgésicos P.O.	1						
	Dolor severo, requiere analgésicos parenterales	0						
Deambula	Puede pararse y caminar	2						
	Vértigo cuando se levanta*	1						
	Mareo en posición supina	0						
Ayuno	Puede beber líquidos	2						
	Náuseas	1						
	Náuseas y vómitos	0						
Gasto Urinario	Ha orinado	2						
	No puede orinar sin molestia	1						
	No ha orinado, muy incómodo	0						
Total:								

NOTA: El puntaje total debe ser por lo menos 18 para que los pacientes puedan ser dados de alta.

Abreviaturas: TA = Tensión Arterial.

*Puede ser substituido por la prueba de Romberg o recogiendo 12 alfileres en una mano.

Adaptado de Aldrete JA, et al.: Modifications to the Postanesthesia Score for Use in Ambulatory Surgery. *J Perianesth Nurs* 13: 148-155, 1998.