



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ENFERMERÍA

EFFECTIVIDAD DE UNA GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA
IDENTIFICACIÓN DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS
INMEDIATAS

EFFECTIVENESS OF A NURSING ASSESSMENT GUIDE IN THE
IDENTIFICATION OF IMMEDIATE POSTOPERATIVE COMPLICATIONS

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO
ESPECIALIZADO

AUTORES

GABRIELA ALICIA ZAMBRANO NORABUENA
JACKELINE LOPEZ ACOSTA
KATTY AITA GONZALES
MELINA MIRJA CASALLO LOPEZ

ASESORA

GIANINA SOLEDAD FARRO PEÑA

LIMA – PERÚ

2011

ASESORES DE TRABAJO ACADÉMICO

ASESORA

MG. GIANINA SOLEDAD FARRO PEÑA

DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

ORCID: 0000-0002-8952-6898

FECHA DE APROBACIÓN: 15 DE OCTUBRE 2011

CALIFICACIÓN: APROBADO

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo de investigación a Dios, quien nos mantuvo siempre seguras y capaces de atravesar cualquier adversidad y a nuestras familias por su presencia, apoyo y cariño que siempre nos motivan.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestra asesora de proyecto de tesis, la Mg. Gianina Soledad Farro Peña y a la Universidad Peruana Cayetano Heredia por el apoyo que nos brindaron, el cual fue fundamental para la culminación del presente trabajo de investigación.


FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciado

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA | Facultad de
ENFERMERÍA

EFFECTIVIDAD DE UNA GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA IDENTIFICACIÓN DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS INMEDIATAS

EFFECTIVENESS OF A NURSING ASSESSMENT GUIDE IN THE IDENTIFICATION OF IMMEDIATE POSTOPERATIVE COMPLICATIONS

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO ESPECIALIZADO

AUTORES

GABRIELA ALICIA ZAMBRANO NORABUENA
JACKELINE LOPEZ ACOSTA
KATTY AITA GONZALES
MELINA MIRJA CASALLO LOPEZ

ASESORA

GIANINA SOLEDAD FARRO PEÑA

LIMA - PERÚ
2011

23% Similitud

Filtros

estándar

11 Exclusiones →

Fuentes

Mostrar las fuentes solapadas

1	Internet	3%
ePAGE.pub		3%
9 bloques de texto	189 palabra que coinciden	
2	Internet	3%
pt.scribd.com		3%
8 bloques de texto	152 palabra que coinciden	
3	Internet	3%
dSPACE.uniandes.edu.ec		3%
3 bloques de texto	149 palabra que coinciden	
4	Internet	

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	16
III. MATERIALES Y MÉTODOS	17
IV. RESULTADOS.....	22
V. DISCUSIÓN	23
VI. CONCLUSIONES	24
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
VIII. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS	28
ANEXOS	

RESUMEN

La etapa postoperatoria inmediata representa un momento crítico en el que el personal de enfermería desempeñará un rol fundamental en la identificación temprana de complicaciones que puedan comprometer la recuperación del paciente. Sin embargo, en diversos servicios asistenciales no se cuenta con instrumentos estandarizados que orienten adecuadamente esta valoración. Por ello, el presente proyecto propondrá la implementación de una Guía de Valoración de Enfermería Postanestésica que permitirá identificar de forma oportuna complicaciones postoperatorias inmediatas, fortaleciendo así la calidad del cuidado brindado.

Objetivo: Determinar la efectividad de una Guía de Valoración de Enfermería Postanestésica en la identificación de complicaciones en el postoperatorio inmediato en pacientes atendidos en la Clínica Maison de Santé del Este.

Materiales y métodos: El estudio se desarrollará bajo un enfoque cuantitativo, con un diseño cuasiexperimental. La muestra estará conformada por 55 pacientes postoperados seleccionados mediante criterios clínicos específicos. Se utilizará la Guía de Valoración de Enfermería Postanestésica previamente validada por juicio de expertos. Esta guía será aplicada por el personal de enfermería mediante observación directa, entrevista clínica y examen físico durante los turnos diurnos. Se respetarán los principios éticos de beneficencia, no maleficencia y justicia. El análisis de datos se realizará con los programas SPSS v15.0 y Microsoft Excel 2010, empleando la prueba estadística de chi cuadrado. Este estudio buscará no solo validar un instrumento técnico, también aportará a la mejora de la práctica enfermería en contextos quirúrgicos, promoviendo un cuidado más seguro, humano y oportuno.

Palabras claves: Valoración de enfermería, complicaciones postoperatorias inmediatas

ABSTRACT

The immediate postoperative phase will represent a critical period in which nursing staff will play a fundamental role in the early identification of complications that may compromise the patient's recovery. However, many healthcare services currently lack standardised tools to adequately guide this assessment. Therefore, this project will propose the implementation of a Postanesthetic Nursing Assessment Guide that will enable the timely identification of immediate postoperative complications, thereby enhancing the quality of care provided.

Objective: To determine the effectiveness of a Postanesthetic Nursing Assessment Guide in identifying immediate postoperative complications in patients treated at the Maison de Santé del Este Clinic. **Materials and Methods:** The study will adopt a quantitative approach with a quasi-experimental design. The sample will consist of 55 postoperative patients selected according to specific clinical criteria. The previously validated Postanesthetic Nursing Assessment Guide, developed through expert judgement, will be used. This guide will be applied by nursing staff through direct observation, clinical interview, and physical examination during daytime shifts. The ethical principles of beneficence, non-maleficence, and justice will be upheld. Data will be analysed using SPSS v15.0 and Microsoft Excel 2010, applying the chi-square statistical test. This study will aim not only to validate a technical instrument but also to contribute to the improvement of nursing practice in surgical settings, promoting safer, more humane, and timely care.

Keywords: Nursing assessment, immediate postoperative complications

I. INTRODUCCIÓN

La valoración realizada por las enfermeras en el postoperatorio inmediato es una función que permite identificar la atención que brinda el área de enfermería a los pacientes holísticamente. En muchas instituciones, las enfermeras no cuentan con un formato preestablecido de atención postoperatoria para la valoración de forma práctica y que permita ejecutar una serie de acciones en respuesta a alguna complicación postoperatoria, ya que el paciente post operado debe recibir un adecuado control y manejo para lograr su rápida recuperación (1).

Cabe destacar que, según los autores Francisco J. et al. (2006) mencionan que para la aplicación adecuada de esta técnica es fundamental el conocimiento de la anatomía quirúrgica del paciente y del procedimiento quirúrgico, así como también es necesaria una buena intervención de los cirujanos para efectuarla y evitar generar lesiones en la vía biliar. Sin embargo, se ha reportado que una ejecución inadecuada de la colecistectomía laparoscópica genera complicaciones postoperatorias de diferente grado, como una pequeña acumulación biliar y estenosis de conductos hepáticos, lo cual puede conducir a un posterior trasplante hepático para asegurar la integridad del paciente (1).

Por ende, es necesario la estandarización de un plan de cuidados post operatorios para su aplicación en la práctica, el cual según José C. et al. (2004) informó que se debe definir adecuadamente la actuación y cuidados genéricos para los pacientes que fueron sometidos a una intervención quirúrgica. e incluir la valoración integral de los pacientes desde un punto de vista físico y emocional (2).

En la Unidad de Recuperación Postanestésica de la Clínica Maison de Santé del Este, se atienden en promedio 100 pacientes mensualmente, como cirugía electiva o de emergencia, de ambos sexos comprendidos entre edades de 1 año a 100 años mayoritariamente (3).

El dolor, hipotensión, hipertensión arterial, hipotermia, trastornos en la oxigenación, náuseas y vómitos son las complicaciones postoperatorias más frecuentes que hemos observado en la población objeto de estudio y en los cuales se puede evidenciar que la participación de enfermería es necesaria para disminuir este tipo de complicaciones (4).

Se observa que en el procedimiento de valoración que realiza la enfermera en el postoperatorio no se utiliza un instrumento de valoración formal, dificultando la identificación y prevención de posibles complicaciones en el postoperatorio (4).

Una guía de valoración de enfermería sería un instrumento útil para una óptima valoración postoperatoria e identificación oportuna de complicaciones reales o potenciales (5).

La valoración del paciente postoperado en las últimas dos décadas ha experimentado en proceso de cambios desde una evaluación sin guías hasta la desarrollada a un sistema metódico de evaluación. El proceso de atención de enfermería marca un antes y un después en la evaluación de problemas reales o potenciales de los pacientes posoperados (6).

Actualmente este proceso permite la observación y evaluación más completa de datos.

Hemos revisado guías de diferentes instituciones y vimos la necesidad de realizar una guía más completa, considerando a los postoperados ambulatorios y de diversas especialidades quirúrgicas, adaptándola a nuestra realidad y que en un futuro sea usada en otras instituciones para el beneficio del colectivo de enfermería. Por tal razón consideramos necesaria la realización del presente estudio (7).

Una guía de valoración en la evaluación del paciente tiene como objetivo primordial y principal la minoración del recurso “tiempo” en una evaluación de pacientes; logrando la mejora de la calidad de servicio en mención con la atención de enfermería y a su vez permite la materialización de los objetivos que esta guía persigue lo que hace realizable su experimentación (8).

Considerando los aspectos siguientes: análisis de costo, tiempo estimado y la validación de la guía de valoración de enfermería posanestésica a criterio de jueces, además se tendría en cuenta el potencial humano tanto de enfermeras que aplicarías las guías como de enfermeras investigadoras para obtener resultados factibles (9).

Institucionalmente se coordinará con el departamento de enfermería previa aprobación de la guía del comité de ética.

En tal sentido, para responder a la pregunta de investigación, fue necesario revisar diferentes investigaciones y artículos relacionados con esta problemática (9). La Doctora Matilde C. et al (2000) en su estudio “La Valoración del dolor por los profesionales de enfermería. Impacto en el tratamiento y bienestar del paciente” realizado en el Hospital de la Santa Creu I – Barcelona, tuvo como objetivo evaluar el efecto de una acción formativa y una acción sistemática de una Escala Visual Analógica (EVA) que producen sobre la valoración y el tratamiento del dolor agudo

en los pacientes postoperados que llevan a cabo los profesionales de enfermería. Los resultados mostraron que se ha conseguido alcanzar los objetivos propuestos Y se incrementaron las anotaciones que enfermería realiza respecto al dolor de los pacientes ($p=0,001$). Progresivamente aumentó la utilización sistemática de la Escala Visual Analógica en el 17,6%. En general aumentó la dosis de los analgésicos administrados a los pacientes no opiáceos ($p= 0,001$) y en los opiáceos ($p= 0,097$) hubo una disminución significativa de la estancia media hospitalaria del grupo post intervención (7,04 días) respecto al grupo preintervención (10).

Yanet Y. (2000) de la Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, en su investigación sobre complicaciones postoperatorias y satisfacción de necesidades básicas en pacientes colecistectomizados en el hospital Sergio E. Bernales Ex. Collique - Lima; identificó la relación entre las complicaciones postoperatorias y la atención de enfermería brindada en el postoperatorio inmediato con un total de 104 pacientes sometidos a colecistectomía. Los resultados señalan que en el año 1999, el 64% de pacientes intervenidos de colecistectomía presentaron complicaciones postoperatorias, siendo la más frecuente las complicaciones de tipo respiratorio (39%), seguido por los problemas cardiovasculares (25%), herida operatoria (16%) y sepsis en un menor número (1%). En relación con la atención de enfermería a pacientes colecistectomizados fue de regular a bueno, siendo de igual tendencia para los pacientes complicados o no complicados. Asimismo se identificó que las necesidades fisiológicas de oxigenación, relacionado a los ejercicios respiratorios, necesidad de movilidad y ejercicio se satisficieron parcialmente, mientras que la necesidad de regulación de temperatura no se pudo precisar por no encontrarse registrado en la historia clínica (11).

Otro detalle relevante a parte de los estudios de autores, son la variedad de distintos tipos de Unidades de Cuidados Postoperatorios. Estas unidades, dependiendo de la intensidad, permanencia y dotación reciben nombres variados, pero todas consideran el cuidado postoperatorio, el tiempo necesario y los medios suficientes para que los pacientes se recuperen de la anestesia y la agresión quirúrgica, para que así puedan ser dirigidos al Servicio de Hospitalización o a su domicilio en condiciones de seguridad suficientes, o en su defecto a una unidad de cuidados críticos más prolongados.

También, existen dificultades posanestésicas; donde la experiencia nos dice que son importantes en número y sobre todo en gravedad. Un estudio que abarca más de 20.000 pacientes, refleja una frecuencia de complicaciones de un 24%. La distribución de los mismos fue: incidentes (24%), náuseas y vómitos (9,8%), necesidad de soporte a la vía aérea (6,9%), hipotensión o hipertensión (3,8%), arritmias (1,4%), alteración del estado mental (0,6%), descarte de infarto agudo en miocardio (0,3%), problemas cardiovasculares mayores (0,3%) e hipotermia (50%). Aquella distribución de incidentes, son la razón que justifican la presencia de las Salas de Recuperación y resumen toda la patología pre y postoperatoria. La patología previa del paciente, así como la intervención, la anestesia y el estado actual guiarán la indicación de los cuidados necesarios, así como la duración de estos en la Sala de Recuperación o bien aconsejarán el traslado a la Unidad de Reanimación u otras unidades de Cuidados Críticos a más largo plazo (12).

Las Unidades de Recuperación son una parte muy importante en la anestesia y cirugía moderna y lo serán cada vez más en el futuro constituyendo el eje básico en

el que girará toda la actividad quirúrgica de los hospitales. Debe dotarse de la superficie y camas suficientes y de personal apropiado y con experiencia, así como de los medios adecuados (13).

Diversos aspectos teóricos se deben abordar en cuanto a la labor que desempeña la enfermera en el cuidado de los pacientes postoperados, como la valoración, que es la obtención, organización, validación y registro sistemáticos y continuos de los datos. Así, la valoración es un proceso continuo que se lleva a cabo para determinar las respuestas del paciente a un problema de salud. Una valoración de enfermería debe incluir las necesidades, los problemas sanitarios, las experiencias relacionadas, las prácticas de salud, los valores y los estilos de vida percibidos del paciente. Para que su utilidad sea máxima, los datos obtenidos deben ser relevantes en relación con un problema de salud específico, por consiguiente, el profesional de enfermería debe aplicar el pensamiento crítico para decidir qué debe valorar. Además, el profesional de enfermería debe crear una base de datos donde se pueda recopilar la información necesaria que le permita identificar los problemas reales o potenciales que presenta el paciente; estos datos pueden obtenerse a través de la observación, valoración física, entrevista al paciente, revisión de la historia clínica, entrevista a los familiares y otros miembros del equipo multidisciplinario. Una vez obtenidos los datos, estos deben ser validados, organizados, registrados y actualizados (14).

Los métodos usados para la recolección de datos son variados, dentro de ellos se encuentra la observación utilizando los sentidos en el proceso. Es una habilidad

consciente y deliberada que se desarrolla mediante el esfuerzo y con enfoque organizado (14).

En este proyecto se obtuvieron datos en base a la vista, como el aspecto general (tamaño corporal, peso, postura, acicalamiento), signos de sufrimiento, dolor, incomodidad, gestos faciales y corporales, color y lesiones cutáneas, anomalías del movimiento, (conductas no verbales). En el olfato, se obtuvieron datos relacionados a los olores corporales y aliento. En el oído, se obtuvieron datos de los sonidos cardíacos y pulmonares, ruidos intestinales, capacidad para comunicarse, capacidad para iniciar conversación, idioma, orientación en el espacio y tiempo, pensamientos sobre sí mismo, otros y su salud. En el tacto, se obtuvieron datos relacionados a la temperatura y humedad cutánea, fuerza muscular, frecuencia y ritmo del pulso y lesiones detectadas mediante palpación (nódulos, bultos) (14).

Otro método usado para la recolección de datos es la entrevista, con la finalidad de obtener o proporcionar información identificar problemas que preocupan a ambas partes, evaluar cambios, proporcionar apoyo e instruir (14).

Es necesario recalcar la relevancia de la cirugía, ya que es una experiencia única de una alteración física planificada, en ella se incluyen tres fases necesarias: preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria. En la parte de la fase postoperatoria, los profesionales de enfermería de la sala de recuperación postanestésica están especializados en el cuidado de los pacientes que se están recuperando de la anestesia, la cual deteriora la capacidad del paciente para responder a los estímulos ambientales y para ayudarse a sí mismo, aunque varíe el nivel de conciencia de los pacientes. Por otra parte, la propia cirugía traumatiza el cuerpo al interrumpir sus

mecanismos protectores y homeostasis. Es por ello que durante esta fase se pone total atención a la respiración del paciente, vigilancia del estado cardiovascular, valorar el nivel de consciencia, la capacidad de mover las extremidades, el color de piel, el estado de los líquidos (ingresos y egresos), la seguridad (necesidad de barandas, etc.), las molestias postoperatorias, la zona operatoria y la permeabilidad del catéter y la cantidad de exudado procedente de los catéteres, sondas y drenajes (15).

Durante el transcurso de admitir el paciente entre la enfermera y el(la) anesthesiólogo(a) verifican los cuidados y tratamientos de enfermería en la Unidad de Cuidados Postanestésicos, además de la conservación de la permeabilidad de las vías respiratorias. (16).

La enfermera revisa las indicaciones del médico en cuanto a la administración de oxígeno complementario para cumplirlas, si es el caso, respiraciones, saturación de oxígeno y ruidos respiratorios. (16)

Los pacientes que recibieron anestesia prolongada suelen estar inconscientes, con todos los músculos relajados. Esta relajación abarca los músculos de la faringe, de modo que, al estar la persona en posición dorsal, el maxilar inferior y la lengua se desplazan hacia atrás, que puede obstruir de manera más o menos completa las vías respiratorias. Esto se denomina obstrucción hipofaríngea. Los signos y síntomas de la oclusión incluyen sofocamiento, respiraciones ruidosas e irregulares y, en cuestión de minutos, color azulado de la piel (cianosis). Debido a que los movimientos torácicos y diafragmáticos no significan necesariamente que el individuo este respirando, la monitorización (oximetría de pulso, frecuencia y ritmo

respiratorio), valoración del color de la piel, mucosas, lecho ungueal, ruidos respiratorios entre otros, nos proporcionarán datos necesarios para nuestra evaluación e identificación de problemas (17).

En ocasiones puede el paciente ingresar a la Unidad de Recuperación Postanestésica con tubo orofaríngeo para mantener la permeabilidad de las vías respiratorias. Este dispositivo no debe quitarse hasta que ciertos signos como el reflejo nauseoso indiquen que se está restaurando acción refleja (18).

De igual manera, el paciente puede ingresar con tubo endotraqueal, por lo que puede ser necesario continuar con la ventilación mecánica. De ser así, la enfermera ayuda en la preparación del ventilador y procedimientos de intubación. Algunos pacientes, incluso aquellos que se han sometido a procedimientos quirúrgicos extensos o prolongados, pueden transferirse directamente desde el quirófano a la Unidad de Cuidados Intensivos o transferirlos de la Unidad de Recuperación Posanestésica a la Unidad mencionada mientras aún están intubados y con ventilación mecánica. (18)

Las dificultades respiratorias también pueden depender de la producción excesiva de moco o aspiración de material vomitado. Colocar al paciente sobre un costado permite que el líquido acumulado salga por los labios, tal que si tiene apretados los dientes, debe abrirse manualmente su boca con bajalenguas. La cabecera de la cama se eleva 15 o 30 grados, a menos que este contraindicado y se vigila estrechamente al paciente tanto para conservar las vías respiratorias como para disminuir el riesgo de aspiración. Si hubiera vómito, se voltea la cabeza de la persona hacia un lado y se recibe el material en el recipiente de emesis. El moco o vómito que obstruye la

faringe o la tráquea se aspira con una sonda de aspiración faríngea o una sonda nasal introducida por la zona bucofaríngea o nasofaríngea. La sonda puede introducirse sin riesgos unos 15 a 20 cm por la nasofaríngea o bucofaríngea, y se debe tener cuidado al aspirar la garganta de pacientes sometidos a amigdalectomía u otra operación de faringe, ya que el área operada suele presentar irritación que causa hemorragia y molestias adicionales (19).

Con todo lo mencionado anteriormente, se toma en cuenta como el personal de salud de enfermería considera demasiados detalles en la postoperación, desde el reporte del personal que intervino previamente hasta el mismo entorno de trabajo (20).

Es por ello, que también se toma en cuenta el diagnóstico por parte del personal de enfermería “Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.” (20).

La taxonomía de NANDA I es un lenguaje enfermero reconocido que cumple los criterios establecidos por el Committee for Nursing Practice Information Infrastructure (CNPII) de la American Nurses Association (ANA). El beneficio de estar incluido como un lenguaje reconocido de enfermería es que indica un sistema de clasificación el cual es aceptado como soporte para la práctica de enfermería al proporcionar una terminología clínicamente útil (21).

Para vigilar la estabilidad cardiovascular, la enfermera valora el estado mental del paciente, sus signos vitales, ritmo cardíaco, temperatura, humedad, color de la piel

y gasto urinario. La presión venosa central, la presión de la arteria pulmonar y las líneas arteriales se vigilan si la condición de la persona requiere de esta medida. Además, la enfermera también valora la permeabilidad de todas las líneas intravenosas. Entre las principales complicaciones cardiovasculares que se presentan en la unidad de recuperación posanestésica se encuentran hipotensión y choque; hemorragia, hipertensión y disritmias (22).

Ciertos detalles que agregar para finalizar la importancia del trabajo en salas de operaciones, es que la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) utiliza un lenguaje normalizado global para describir los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería y todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente (23).

Las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos e indirectos, dirigidos a la persona, la familia y la comunidad; y tratamientos puestos en marcha, mientras que las actividades de enfermería o acciones específicas que ayudan al paciente a avanzar hacia el resultado deseado, se traducen en una acción concreta. Por ende, para poner en práctica una intervención se requiere una serie de actividades (23).

A parte, la clasificación de Resultados de Enfermería (CRE – NOC) es una clasificación de resultados de pacientes sensibles a medidas de enfermería. En esta clasificación, se caracteriza que cada resultado es una afirmación neutral sobre una condición, conducta o percepción variable del paciente junto con una escala de clasificación. El resultado y la escala pueden utilizarse para identificar resultados

de base, resultados esperados y resultados verdaderos de pacientes individuales (24).

Por último, la determinación del dolor postoperatorio es la sensación causada por estímulos perjudiciales que son una causa común de molestia en el individuo que en la mayor parte de los casos es un mecanismo protector que advierte al individuo que han lesionado sus tejidos. Asimismo, el dolor es uno de los signos y síntomas de enfermedad más común, en el que los pacientes con dolor experimentan desde una incomodidad leve o alta. La forma de reaccionar a este dolor parece depender de diversos factores ya sean físicos, emocionales o culturales. Es por ello, que “El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable que obedece a una lesión hística real o potencial”. Suele aceptarse que el dolor se inicia con la estimulación de las terminaciones nerviosas sensoriales localizadas en la superficie del cuerpo. Evitar el dolor es una necesidad fisiológica y una reacción casi instintiva que conforma una de las acciones prioritarias para las enfermeras, la cual es el alivio del dolor, ya que son ellas las que pasan más tiempo con el paciente que sufre el dolor (25).

“La definición de dolor en enfermería se expresa como cualquier sufrimiento corporal que el enfermo diga sufrir, y lo hay siempre que así la afirme” Siendo muy esencial el alivio del dolor en pacientes quirúrgicos, ya que la inquietud que acompaña al dolor puede dañar tejidos recién suturados y causar muchas complicaciones (26).

Este dolor se clasifica en dolor agudo y crónico. El dolor agudo suele ser de inicio reciente, relacionados con una lesión específica y esta actúa como advertencia para

evitar dicha situación. Si la lesión no dura, el dolor agudo disminuye y es de corta duración. “El dolor agudo que no recibe alivio puede afectar los sistemas pulmonar, cardiovascular, gastrointestinal, endocrino e inmunológico” (27).

Con respecto al dolor crónico, es constante, continuo y prolongado, no se le atribuye a una lesión específica y por lo general es difícil de tratar. El paciente, puede experimentar percepción de este dolor, que depende de las fibras nerviosas que reciben, transmiten e interpretan los estímulos dolorosos. Para poder tratar el dolor hay que conocer la percepción del dolor que se conoce también como nocicepción (28).

El sistema que participa en la transmisión y percepción del dolor se conoce como el sistema nociceptivo. Dicho sistema transforma el estímulo en una sensación dolorosa, pero hay diversos factores que incrementan o disminuyen la sensibilidad del dolor (28).

Estas características dan apertura a la transmisión del dolor, donde los receptores del dolor son terminaciones que se encuentran en la piel. Estas responden a diversos tipos de estímulos que son traumatismos mecánicos, químicos, temperaturas extremas o factores psicógenos (29).

En los órganos viscerales el dolor se origina en receptores que desempeñan otras funciones. Los nociceptores son vías multidireccionales, es decir, se ramifican y envían sus fibras a los folículos pilosos, glándulas sudoríparas, vasos sanguíneos locales y mastocitos. Estas últimas, al ser estimuladas liberan histamina y producen vasodilatación, y se comunican con la cadena simpática paravertebral del sistema nervioso y con órganos internos grandes. Por todas estas conexiones entre fibras

nerviosas el dolor es acompañado de efectos vasomotores, autónomos y viscerales (30).

La estimulación acentuada de la rama visceral de una fibra puede originar vasodilatación y dolor en la región del cuerpo a la que se asocia esta fibra. Cuando se activa intensamente receptores de piel se produce respuesta a conexiones viscerales de la misma fibra y viceversa (31).

La lesión celular hace que se produzca la liberación de sustancias químicas al tejido extracelular, las cuales afectan la sensibilidad de los receptores. Entre estas están las sustancias que aumentan la transmisión del dolor como son la histamina, bradiquinina, acetilcolina y sustancia P; y las sustancias que inhiben la transmisión del dolor, como las endorfinas y encefalinas, son sustancias semejantes a la morfina que el cuerpo produce y estas se encuentran en el sistema nervioso central (32).

La existencia de las encefalinas y endorfinas permiten explicar porque cada persona percibe distinta intensidad de dolor ante estímulos semejantes. Los niveles de endorfinas varían de un individuo a otro, al igual que los factores como la ansiedad, que influye en la concentración de endorfina. Los sujetos que tienen más endorfinas sienten menor dolor y cuando la endorfina es menor, el dolor es mayor (33).

El cuerno dorsal de la medula espinal es un procesador sensorial, es aquí donde llegan las fibras periféricas, así como también salen las fibras de los conductos sensoriales ascendentes los cuales terminan en la porción inferior y media del cerebro y se interconectan los sistemas descendentes. Este sistema tiene fibras que se originan en la porción inferior y media del cerebro y termina en las fibras

interneuronales inhibitorias en el cuerno dorsal de la medula espinal. Este sistema evita la transmisión continua de estímulos dolorosos a través de las endorfinas (34).

Las existentes complicaciones postoperatorias dentro del contacto social entre enfermeros en un proceso quirúrgico que se reportan luego de una cirugía, así como la intención de difundir la efectividad de nuevos formatos para una evaluación eficaz; fueron los principales motivos que impulsaron la siguiente interrogante:

¿Cuál es la efectividad de una Guía de Valoración de Enfermería Postanestésica en la identificación de complicaciones postoperatorias inmediatas?

II. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la efectividad de una Guía de Valoración de Enfermería Postanestésica en la identificación de complicaciones en el postoperatorio inmediato en pacientes atendidos en la Clínica Maison de Santé del Este.

Objetivos Específicos

1. Identificar el método de valoración que aplica la enfermera en el paciente postoperado inmediato.
2. Identificar las complicaciones postoperatorias inmediatas más frecuentes.
3. Identificar las acciones de enfermería que minimizan los riesgos de complicaciones postoperatorias inmediatas.
4. Evaluar la presencia de complicaciones después de la aplicación de la Guía de Valoración de Enfermería Postoperatoria.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Diseño del estudio

Esta investigación adopta un enfoque cuantitativo, utilizando métodos de recolección de datos como entrevistas y observaciones. Además, el estudio es cuasiexperimental, ya que se manipularán las variables, describiendo el contexto vigente.

3.2 Población

El proyecto se llevará a cabo con la población de estudio de 55 pacientes provenientes de la Unidad de Recuperación Postanestésica de la Clínica Maison de Santé del Este.

Criterios de inclusión

1. Pacientes de la Clínica de Maison de Santé del Este.
2. Pacientes provenientes de la Unidad de Recuperación Postanestésica.
3. Pacientes que se encuentren en el periodo postoperatorio inmediato, ya sea de cirugía general, ginecología, neurocirugía, traumatología, urología y cirugía laparoscópica.
4. Pacientes de edades entre un mes de nacido y cien años que fueron sometidos a anestesia general o regional.
5. Pacientes que estén dispuestos a participar en el estudio.

Criterios de exclusión

1. Pacientes que requieran ventilación mecánica.
2. Pacientes postoperados de cirugía cardíaca.
3. Pacientes que requieran cuidados postoperatorios neonatales.

3.3 Procedimientos y técnicas

En la presente investigación se usará la técnica de recolección de datos. Para ello, se utilizará la Guía de Valoración de Enfermería Postanestésica (ver anexos), la cual fue elaborada mediante la revisión de bibliografía en relación con la atención de enfermería postanestésica. Se consideraron pruebas y tests para una mejor estructuración de la presente Guía, tales como la Escala Numérica (EN) (Tabla 1), Escala Visual Analógica (EVA) (Tabla 2), Test de Recuperación Postanestésica en Cirugía (Tabla 3) y Test de Recuperación Postanestésica en Cirugía Ambulatoria (Tabla 4). El uso de estas pruebas y tests, permitirán la obtención de datos desde el ingreso del paciente a la Unidad de Recuperación Postanestésica hasta su alta respectiva, considerando su edad y el tipo de cirugía, y así realizar un buen diagnóstico de cada paciente que refleje la necesidad y posibles complicaciones y así poder brindar una atención efectiva y oportuna de enfermería. Posteriormente, la presente guía fue validada por los jueces mediante la entrega de la Ficha de Evaluación para Jueces (Tabla 5) cuyos puntajes y observaciones respectivas se mencionaron en la tabla de Grado de Concordancia entre los Jueces según la Prueba Binomial. (Tabla 6).

Esta Guía de Valoración de Enfermería Postanestésica es una herramienta adaptada a los objetivos de esta investigación ya que contiene datos relacionados con el estado de salud necesarios para integrar la valoración de los usuarios. Además, se llevarán a cabo la observación y entrevista cuando el estado de salud de los usuarios lo permita, y simultáneamente se validará la información con los familiares y otros profesionales de la salud.

La recolección de datos de los pacientes será realizada en un periodo de treinta minutos durante los turnos diurnos previo permiso del Comité de la Sociedad Francesa de Beneficencia quien autorizará la aplicación de la guía. Luego, en la sede de la Clínica Maison de Santé del Este se presentará el documento de autorización y la guía a usarse, y se le solicitará a la enfermera jefe del Servicio de Centro Quirúrgico el permiso respectivo, su colaboración y haga extensivo al personal de enfermería que colabore en la aplicación de la guía.

Se realizará un pequeño taller para enseñar el manejo de la Guía de Valoración de Enfermería Postanestésica a las enfermeras de la Unidad de Recuperación Posanestésica que les ayudará en la evaluación de los pacientes postoperados en la que se utilizarán monitores multiparamétricos, estetoscopio, observación directa, examen físico y entrevista.

3.4 Aspectos éticos

El estudio será sometido previamente al comité de ética de la Clínica. Se evaluarán los principios bioéticos involucrados en el presente estudio y se determinará si algunos de estos principios son aplicables al mismo.

- **Principio de autonomía:** no se precisaría el consentimiento informado del paciente, dado que la guía sería un instrumento de valoración utilizado por la enfermera que brinda atención en el postoperatorio inmediato.
- **Principio bioético de beneficencia:** es totalmente aplicable pues de comprobarse la efectividad de la guía en estudio, esta podría ser aplicable a los demás pacientes con el consiguiente beneficio a los mismos, influyendo en una correcta valoración y tratamiento de los pacientes postoperados.
- **Principio de no maleficencia:** se ha considerado el hecho de no ocasionar daño alguno a los pacientes sujetos de estudio. Todos los instrumentos utilizados para valorar como también la entrevista, examen físico y observación directa son métodos probados y seguros en la valoración de pacientes.
- **Principio de justicia:** todos los pacientes atendidos en la institución reciben el mismo trato cálido y humano por parte del personal de enfermería.

3.5 Plan de análisis

Para el análisis de nuestros datos, haremos uso de la estadística descriptiva mediante la prueba de Chi Cuadrado X^2 para lograr una inferencia estadística de lo observado en las complicaciones que presentan nuestra muestra.

En vista de la trascendencia tecnológica en la actualidad, esta prueba X^2 será realizada a través del programa SPSS (versión 15); ya que de esta manera el margen de error humano disminuye considerablemente. Asimismo, para un buen análisis de los datos haremos uso del software informático Microsoft Excel 2010.

Finalmente, después de procesar toda la data estaremos en la capacidad fáctica de lograr la verificación nuestras variables.

3.6 Presupuesto

De acuerdo a la metodología planteada, se determinó que el proyecto se realizará entre los meses de abril y diciembre del 2010, de lunes a sábado, exceptuándose los feriados si se diera el caso. Por ende, se realizó un análisis de costos unitarios y totales en soles y en base a los siguientes aspectos: recursos humanos, tanto de enfermeras que aplicarán las guías y de enfermeras investigadoras; recursos materiales; y recursos financieros. (Tabla 7)

3.7 Cronograma

Para la distribución de las actividades del presente proyecto, desde su inicio hasta la sustentación, se aplicó el Cronograma Diagrama de Gantt. Asimismo, para la ejecución de la metodología se contará con el apoyo del Departamento de Enfermería de la Clinica Maison de Santé del Este, la cual manifiesta su interés en desarrollar este tipo de guías que permitirán una mejor atención de enfermería al paciente postoperado inmediato (Tabla 8).

IV. RESULTADOS

El proyecto se realizó en la Clínica Maison de Santé del Este, fue aplicado por las autoras y validado por la asesora. Asimismo, por medio de la Ficha de Valoración de Jueces (Tabla 1) y el Grado de Concordancia entre los jueces según la Prueba Binomial (Tabla 2) se aprobó la metodología descrita del presente proyecto.

V. DISCUSIÓN

Si el proceso de atención en enfermería es un sistema de planificación y una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, la intervención de las autoras dentro de este estudio no solo comprobó el objetivo de identificación, también, en base a la data total obtenida en las técnicas usadas se muestra que es necesario la presencia de un enfermero o enfermera en salud. Actualmente, para incrementar el conocimiento en enfermería, se enfatiza en que los enfermeros determinen los problemas que pueden tratar, las metas que pretenden alcanzar y las acciones más adecuadas para solucionar dichos problemas.

En la etapa de ejecución tan importante como las demás, el profesional de enfermería no solo entra en contacto directo con el paciente para aplicar el plan, también para valorar, evaluar el estado del usuario y ajustar el plan. De acuerdo con los planes y la condición del usuario, la ejecución del plan puede estar a cargo del usuario y la familia; del usuario y el profesional de enfermería; o del profesional de enfermería y otros miembros del equipo para actuar bajo su dirección. Incluso, el método PAE configura un número de pasos sucesivos, los cuales son realizados por los enfermeros para planificar y brindar cuidados individualizados a los pacientes.

VI. CONCLUSIONES

- La necesidad de una Guía de Valoración de Enfermería Postanestésica en pacientes postoperados inmediatos con un instrumento de valoración específica es percibida por la mayor parte de enfermeras de la Unidad de Recuperación Postanestésica de la Clínica Maison de Santé del Este.
- La aplicación de un instrumento de valoración que permita una recopilación de datos de manera ordenada y completa, beneficia la calidad de atención al paciente en gran medida. Además, deja constancia de nuestro quehacer profesional y como registro de respaldo en eventuales conflictos médico-legales y/o de otra índole.
- Las enfermeras de la Unidad de Recuperación Postanestésica de la Clínica Maison de Santé del Este aceptaron el instrumento como ayuda para detectar problemas en el paciente. Si bien es cierto que realizar un registro adicional implica mayor esfuerzo, el presente fue aceptado debido a su orientación hacia los problemas del paciente desde la evaluación y diagnósticos de enfermería.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRUNNER, L. (2003) Tratado de Enfermería Médico Quirúrgico, McGraw-Hill Interamericana México DF.
2. CARPENITO, L. (2003) Aplicaciones a la Práctica - Diagnósticos de Enfermería, McGraw- Hill Interamericana.
3. CASANOVA, M. (2000) La Valoración del Dolor por los Profesionales de Enfermería. “Impacto en el Tratamiento y Bienestar del Paciente”, Barcelona
4. CIRO, Rolando O. (2005) Enfermería Moderna. El Ateneo, Buenos. Aires
5. CONDORI, Y. (2000) Complicaciones Postoperatorias y Satisfacción de Necesidades Básicas en Pacientes Colectomizados. Universidad Cayetano Heredia [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Lima, Perú.
6. PERA, Cristóbal. (1996) Fundamentos, Indicaciones y Opciones Técnicas - Cirugía. Vol.1, 2da ed. 1996
7. DU GAS, B. (2006) Tratado de Enfermería Practica. McGrawHill Interamericana, México, DF
8. DURAN DE VILLALOBOS, M. (2006) Desarrollo Teórico e Investigativo Enfermería, Universidad Nacional de Colombia - Facultad de Enfermería, Bogotá
9. FULLER, J. (2000) Diagnósticos de Enfermería, serie HSR. Washington DC

10. MC CONNELL, E. (2000) Complicaciones Intraoperatorias, Philadelphia; J.B. Lippincott Company
11. POLIT (2003) Investigación Científica en Ciencias de la Salud, Interamericana, México
12. PINEDA Y ALVARADO (2002) Metodología de la Investigación - Manual para el Desarrollo del Personal de Salud, Paltex, OMS/OPS, Washington
13. TORRES MORERA, L. (2001) Tratado de Anestesia y Reanimación II, Ed. Aran, España
14. ALDRETE JA. (1996) Criterios para Dar de Alta. El puntaje de recuperación postanestésica. Rev. Col. Anest. 1996; 24:305-12.
15. ALDRETE JA. (1995) The Post-Anesthesia Recovery Score revisited. J Clin Anesth. 7:89-91.
16. ALDRETE JA, Kroulik D. A (1970) Postanesthetic Recovery Score. Anesth Analg
17. C, JOANNE. MC CLOSKEY; M, Gloria; BULECHEK (2002) Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE), ED El Sevier, tercera edición, Madrid - España
18. HERDMAN, H. *et al.* (2007) Diagnósticos Enfermero - Definiciones y Clasificación 2007 2008, NANDA internacional, Ed. El Sevier, Madrid - España

19. JOHNSON, M; MOORHEAD, S; *et al.* (2002) Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE), segunda edición, Madrid - España
20. GARZON, N. (1983) Anotaciones de Progreso, Material mimeografiado estudios de Posgrado – Facultad de Enfermería
21. DE REALES G, E. (1997) El Proceso de Atención de Enfermería, Material Mimeografiado, Universidad Nacional de Colombia
22. GIL, O. (1988) Los registros Orientados según los problemas – Material para la Educación Continuada – Facultad de Enfermería, Universidad Nacional, Bogotá
23. GORDON, M. (1982) Nursing Diagnosis. Mc Graw – Hill. Bogotá
24. VAUGHAN; WRABELL, B. & HERDERSON, B. (1982) The Problem Oriented System in Nursing, the C. V. Mosby Co. San Houis
25. IYER, P. (1997) Proceso y Diagnósticos de Enfermería, McGraw Hill. Interamericana, tercera Edición

VIII. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

Tabla 1.

Escala Numérica (EN)

ESCALA NUMÉRICA (EN)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										Máximo dolor

Tabla 2.

Escala Visual Analógica (EVA)

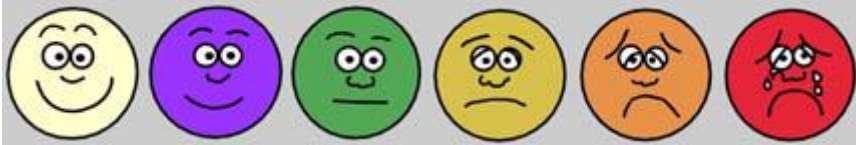
ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)					
					
Sin dolor			Máximo dolor		

Tabla 3.

Test de Recuperación Posanestésica en Cirugía

TEST DE RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA EN CIRUGÍA
Aldrete revisado-
Población diana: Población general en proceso de recuperación tras la anestesia en cirugía. Se trata de una escala hetero administrada 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 puntos
Actividad
Es capaz de mover las 4 extremidades voluntariamente o bajo orden verbal 2
Es capaz de mover 2 extremidades voluntariamente o bajo Orden verbal 1
No es capaz de mover las extremidades voluntariamente o Bajo orden verbal 0
Respiración
Es capaz de respirar profundamente y de toser 2
Disnea que limita la respiración o taquipnea 1
Apnea o ventilación mecánica 0
Circulación
Tensión arterial \pm 20% del nivel preanestésico 2
Tensión arterial \pm 20% a 49% del nivel preanestésico 1
Tensión arterial \pm 50% del nivel preanestésico 0
Conciencia
Paciente totalmente despierto 2
El paciente se despierta al llamado 1
El paciente no responde 0
Saturación O2
Capaz de mantener la saturación de O2 > 92% en aire 2
Necesita O2 para mantener la saturación de O2 > 90% 1
Saturación de O2 < 90% aún recibiendo O2 suplementario 0

Tabla 4.

Test de Recuperación Postanestésica en Cirugía Ambulatoria

**TEST DE RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA EN CIRUGÍA
AMBULATORIA**

Aldrete revisado-

Población diana: Población general en proceso de recuperación tras la anestesia en cirugía ambulatoria. Se trata de una escala hetero administrada 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 22.

Actividad

Es capaz de mover las 4 extremidades voluntariamente o bajo

Orden verbal **2**

Es capaz de mover 2 extremidades voluntariamente o bajo

Orden verbal **1**

No es capaz de mover las extremidades voluntariamente o

Bajo orden verbal **0**

Respiración

Es capaz de respirar profundamente y de toser **2**

Disnea que limita la respiración o taquipnea **1**

Apnea o ventilación mecánica **0**

Circulación

Tensión arterial \pm 20% del nivel preanestésico **2**

Tensión arterial \pm 20% a 49% del nivel preanestésico **1**

Tensión arterial \pm 50% del nivel preanestésico **0**

Conciencia

Paciente totalmente despierto **2**

El paciente se despierta al llamado **1**

El paciente no responde **0**

Saturación O₂

Capaz de mantener la saturación de O₂ > 92% en aire **2**

Necesita O2 para mantener la saturación de O2 > 90% **1**

Saturación de O2 < 90% aun recibiendo O2 suplementario **0**

Apósito

El apósito está seco y sin secreción **2**

Mojado, pero sin aumento de la secreción **1**

Área marcada de secreción **0**

Dolor

Sin dolor **2**

Dolor moderado que puede manejarse con analgésicos orales **1**

Dolor severo que requiere fármacos parenterales **0**

Deambulación

Capaz de levantarse y caminar en línea recta **2**

Presenta vértigo al levantarse* **1**

Mareo al levantarse **0**

Ingestión por vía oral

El paciente es capaz de ingerir líquidos **2**

Paciente con náuseas **1**

Náusea y vómito **0**

Eliminación

Eliminación urinaria normal **2**

Incapaz de eliminar, pero se muestra comfortable **1**

Incapaz de eliminar y molesto por ello **0**

Puntuación

El punto de corte se sitúa en 18, donde igual o mayor a esta puntuación sugiere una recuperación post anestésica básica para el alta tras la cirugía ambulatoria

Tabla 5.*Ficha de Evaluación para Jueces*

FICHA DE EVALUACIÓN PARA JUECES

Nro. de Ítems	Validez de Contenido		Validez de Constructo		Validez de Criterio		Observaciones	
	El ítem representa parte del concepto o variable de interés	El ítem corresponde a alguna dimensión de la variable	El ítem contribuye a medir el indicador planteado	Existe correlación entre lo que se plantea medir y lo argumentado en la teoría	El ítem permite medir con exactitud la variable de interés	El ítem permite clasificar a los sujetos en las categorías establecidas		
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
Amplie según considere conveniente								

Tabla 6.*Grado de Concordancia entre los Jueces según la Prueba Binomial*

GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES SEGÚN LA ESCALA BINOMIAL											
Criterios	Jueces								Acuerdos	Puntaje	
	1	2	3	4	5	6	7	8			
Validez de contenido	Los ítems representan parte del concepto o variable de interés	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.04
	Los ítems corresponden a alguna dimensión de la variable	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.04
Validez de Constructo	Los ítems contribuyen a medir el indicador planteado	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.04
	Existe correlación entre lo que se plantea medir y lo argumentado en la teoría	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.04
Validez de Criterio	Los ítems permiten medir con exactitud la variable de interés	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.04
	Los ítems permiten clasificar a los sujetos en las categorías establecidas	A	A	A	A	A	A	A	A	8	0.04
										0.24	

Valor p del instrumento = $0,24/6 = 0.04$

El instrumento presenta validez de contenido según los criterios evaluados.

Tabla 7.*Presupuesto*

PRESUPUESTO				
N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO Unitario Soles	COSTO Total Soles
1	Recursos Humanos			
	Licenciados en enfermería	10		
	Estadístico	1	30.00	90.00
	Asesores	3	50.00	150.00
2	Recursos materiales			
	Hojas Bond A4	50	0.10	5.00
	Lápices	4	0.50	2.00
	Lapicero	4	0.50	2.00
	Corrector	2	1.00	2.00
3	Recursos Financieros			
	Movilidad	50	12.00	600.00
	Búsqueda de internet	1	90.00	90.00
	Impresiones	3	20.00	60.00
	Copias	6	10.00	60.00
	Comunicación telefónica	50	0.50	25.00
	Refrigerio	20	4.00	80.00
	Total			1166

Tabla 8.*Cronograma Diagrama de Gantt*

CRONOGRAMA DIAGRAMA DE GANTT							
MESES 2010							
Nº	Actividades	Abril	Mayo- Junio	Julio	Agosto Setiembre. Octubre	Noviembre	Diciembre
1	Elaboración de propuesta	X					
2	Elaboración de instrumentos		X				
3	Determinación de la muestra			X			
4	Prueba de Expertos			X			
5	Digitación de información				X	X	
6	Procesamiento y análisis de información					X	
7	Elaboración de análisis final					X	
8	Presentación de informe final						X
9	Sustentación de proyecto				X		

ANEXOS

ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Guía de valoración de enfermería	Una Guía de Valoración de Enfermería es un material bibliográfico, cuyos valores se utilizan para determinar las respuestas del paciente a un problema de salud. Para su elaboración, se toma en cuenta la observación, obtención, organización, validación y registro sistemático de la información.	Edad	Tiempo de existencia cronológica de un individuo: entre 0 y 99 años.	Años
		Sexo	Genero al que pertenece el individuo sujeto de estudio	- Masculino - Femenino
		Alergias medicamentosas	Cualquier efecto perjudicial o indeseado, que ocurre tras la administración de una dosis de un fármaco normalmente utilizado para la profilaxis, diagnóstico y/o tratamiento	Según antecedentes del paciente
		Tipo de anestesia	Acto médico controlado en el que usan fármacos para bloquear la sensibilidad táctil y dolorosa de un paciente, sea en todo o parte de su cuerpo y sea con o sin compromiso de conciencia	-Anestesia general -Anestesia epidural
		Estado de conciencia	Parámetro según el cual se evalúan las funciones neurocognitivas y superiores.	-Despierto -Dormido -Orientado -Tranquilo -Agitado -Ansioso -Respuesta al dolor.
		Aparato respiratorio	-Características del intercambio gaseoso que presenta el individuo sujeto de estudio.	-Frecuencia respiratoria -Tipo de respiración -Tos
		Aparato cardiovascular	-Parámetros clínicos para evaluar la función cardiovascular.	-Oxigenación. -Presión Arterial -Frecuencia cardiaca -Ritmo cardiaco.
		Aparato locomotor	Parámetro clínico que evalúa la movilidad muscular post anestésica.	-Movilización total -Moviliza miembros -Respuesta a estímulos -Debilidad muscular
		Eliminación	-Parámetro clínico que evalúa el estado de la hemodinamia a través de la evaluación de los productos de desecho.	- Diuresis - Deposiciones
		Piel y mucosas	Parámetro clínico que permite evaluar el estado de hidratación, coloración y/o otros	-Hidratación -Coloración -Turgencia

Complicaciones Postoperatorias	Las complicaciones postoperatorias pueden ser producto de la enfermedad primaria, la intervención quirúrgica u otros factores no relacionados	Dolor	El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable que obedece a una lesión hística real o potencial	Escala de Valoración Analgésica
		Hipotensión	-La hipotensión se debe a pérdida de sangre, hipoventilación, cambios de posición, acumulación de sangre en las extremidades o efectos secundarios de los medicamentos y anestésicos	-Valores inferiores a 80/60.
		Hipertensión arterial	- La hipertensión es común en el periodo posoperatorio inmediato en forma secundaria a la estimulación del sistema nervioso simpático por el dolor, la hipoxia o la distensión vesical.	-Valores superiores a 160/90
		Hipotermia	Se considera hipotermia ligera cuando la temperatura está comprendida entre 33 y 36 grados centígrados. Moderada entre 23 y 32,9 y profunda por debajo de los 23.	-Temperatura corporal por debajo de los 35 grados centígrados.
		Trastornos ventilatorios	-Pérdida de la ventilación pulmonar adecuada ocasionando hipoxemia e hipercapnia, como consecuencia de vías respiratorias obstruidas e hipoventilación	- Polipnea - Bradipnea - Disnea
		Sangrado	-Disminución del volumen circulante por pérdida de plasma y sangre	-Sangrado mayor a 500cc.
		Alteraciones cardiovasculares	Aumento o disminución de la frecuencia cardiaca en el paciente post operado	-Taquicardia -Bradicardia
		Alteraciones abdominales	Eventos que trastornen el tránsito gastrointestinal normal	- Distensión - Dolor - Globo vesical.

ANEXO 2. GUIA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POSTANESTÉSICA

Fecha:

Nombre y Apellidos	H.C	Edad	Sexo	H. Ingreso
Cirugía	Cirujano	Alergias		
Anestesia	Anestesiólogo	Antec. Patolog. HTA () DM () Asma () TBC () Cardíaco () Cirugía previa () Otros ()		

EVALUACIÓN AL INGRESO	Aldrete	0	1	2	Bronco espasmo	Sí	No	Vendajes	Sí	No	Irrigación	Sí	No
	Act. Muscular				Sangrado	Sí	No	Mov. bloque/fowler/trend,	Sí	No	Pen Rose	Sí	No
	Respiración				Híper/Hipotensión arterial	Sí	No	Miembro Sup/Inf elevad	Sí	No	Hemovac	Sí	No
	Circulación				Taqui/Bradicardia	Sí	No	Vitalidad distal conserva	Sí	No	Tubular	Sí	No
	Conciencia				Arritmia	Sí	No	Tapón nasal/Vaginal	Sí	No	Colostomía	Sí	No
	Color				Nauseas/Vómitos	Sí	No	Utero contraído (cesárea)	Sí	No	Otros		
	Total				Rush	Sí	No	Hemost. Peso zona inguinal u otra zona (Intervencionismo)	Sí	No	Glucosa		
	EVA				Diaforesis	Sí	No	Catéteres y Sondas			Hemoglobina/Hto.		
	Vía Aérea				Excitación	Sí	No	Línea Venosa Periférica	Sí	No	Otros		
	Intubado	Sí	No		Escalofríos	Sí	No	Catéter Venoso Central	Sí	No			
	Extubado c T.Mayo	Sí	No		Híper/Hipotermia	Sí	No	Sonda Nasogastrica					
	Extubado s/T.Mayo	Sí	No		Apósitos			Sonda Foley					
	Tos	Sí	No		Férula y/o Yeso	Sí	No						

a													
FUNCIONES VITALES	PA												
	FC												
	SO2												
	FR												
	T°												
	EVA												
FUNCIONES VITALES	PA												
	FC												
	SO2												
	FR												
	T°												
	EVA												

Observaciones			
Terapéutica	Hora	Vía	Medicamentos

Balance Hídrico	Solución	Ingresos				Egresos				
		Clna 9%	P. Globul	Plasma	Otros	Diuresis	Sangrado	Drenaje	Perdidas	Otros
	Intra operatorio									
	Recuperación									
	Total									

P A E	Diagnósticos de Enfermería	NIC	Metas	Evaluación de Metas

Evaluación Egreso	Hora			
	Aldrete	0	1	2
	Act. Muscular			
	Respiración			
	Circulación			
	Conciencia			
	Color			
	Total			
EVA				

Test de recuperación postanestésica en cirugía ambulatoria. (18 pts. A más requeridos para el alta del paciente)

Evaluación Egreso	Hora			
	Aldrete revisado	0	1	2
	Actividad			
	Respiración			
	Circulación			
	Conciencia			
	Saturación O2			
	Aposito			
	Dolor			
	Deambulacion			
	Ingestión v. oral			
	Elimin. urinaria			
Total				

.....
Firma Lic. Enf.